This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

MÉMOIRES

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

TOME ONZIÈME.

LIBRAIRIE DE J.-B. BAILLIÈRE.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, publié par les soins de la commission de publication de l'Académie, et rédigé par MM. *E. Pariset*, secrétaire perpétuel, *L.-Ch. Roche*, *A. Gérardin*, secrétaire annuel, et *J.-B. Bousquet*, secrétaire du conseil.

Ce Bulletin *officiel* rend un compte exact et impartial des séances de l'Académie royale de médecine; en présentant le tableau fidèle de ses travaux, il offre l'ensemble de toutes les questions importantes que les progrès de la médecine peuvent faire naître. L'Académie étant devenue le centre d'une correspondance presque universelle, c'est par les documents qui lui sont transmis que tous les médecins peuvent suivre les mouvements de la science dans tous les lieux où elle peut être cultivée, en connaître, presque au moment où elles naissent, les inventions et les découvertes. — L'ordre du Bulletin est celui des séances : on inscrit d'abord la correspondance soit officielle, soit manuscrite, soit imprimée; à côté de chaque pièce, on lit les noms des commissaires chargés d'en rendre compte à la compagnie. Le rapport est-il lu, approuvé, les rédacteurs le donnent en totalité ou en partie, suivant son importance et son étendue : est-il suivi de discussion, ils s'appliquent avec la même impartialité à la reproduire dans ce qu'elle offre d'essentiel, principalement sous le rapport pratique. C'est dans les cinq premières années du Bulletin seulement que sont reproduites dans tous leurs détails et avec impartialité les discussions relatives à l'*Empyème*, au *Magnétisme*, à la *Morve*, à la *Fièvre typhoïde*, à la *Statistique appliquée à la Médecine*, à l'*Introduction de l'air dans les veines*, à la *Revaccination*, au *Système nerveux*, à l'*Empoisonnement par l'arsenic*, à la *Pharmacie*; les *Rapports et Analyses d'eaux minérales*, toutes les *Questions de police médicale et sanitaire* demandées par le gouvernement; les *Instructions réclamées par les voyageurs*, sur l'*Orthopédie*, etc. Ainsi, tout correspondant, tout médecin, tout savant qui transmettra un écrit quelconque à l'Académie, en pourra suivre les discussions et connaître exactement le jugement qui en est porté.

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine* est publié tous les 15 jours par cahiers de 48 pages in-8.

Le prix de l'abonnement pour un an, *franc de port*, pour toute la France, est fixé à 15 fr.

La collection du 1er octobre 1836 au 30 septembre 1844, 9 forts volumes *pris ensemble*. 80 fr.
Chaque année séparément, 1 vol. in-8 de 1000 pages. 12 fr.

RAPPORTS ET INSTRUCTIONS de l'Académie royale de médecine SUR LE CHOLÉRA-MORBUS, suivis de conseils aux administrateurs, aux médecins et aux citoyens, publiés par ordre du gouvernement. *Paris*, 1831-1832, 2 parties, in-8. 4 fr.

RAPPORTS ET DISCUSSIONS de l'Académie royale de médecine SUR LA TAILLE ET LA LITHOTRITIE, suivis de lettres sur le même sujet, par MM. Delmas, Souberbielle, Rochoux, Civiale, Velpeau. *Paris*, 1835. 3 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET, RUE JACOB, 30.

MÉMOIRES

DE

L'ACADÉMIE ROYALE

DE MÉDECINE.

TOME ONZIÈME.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1845.

BIBLIOTHECA·BODLEIANA·
DON
NUS
MIHI
TIBI
ILLUMEN

LISTE

DES

MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

PAR SECTIONS.

COMPOSITION DU BUREAU POUR 1845.

Président	MM.	Caventou.
Vice-Président		Roche.
Secrétaire perpétuel		Pariset.
Secrétaire annuel		Frédéric Dubois.
Trésorier.		Mérat.

—

1re SECTION. — *Anatomie et Physiologie.*

MM. Bourdon.
Bouvier.
Castel.
Duméril.
Gasc.
Heller.
Magendie.
Pariset.
Piorry.
Poiseuille.
Ségalas.
Serres.
Virey.

2e SECTION. — *Pathologie médicale.*

MM. Abraham.
Alard.
Andral père.
Andral fils.
Bouillaud.
Bricheteau.
Collineau.
Dubois (Frédéric).
Falret.
Ferrus.
Guérin.
Hamel.
Honoré.
Jadelot.
Jadioux.
Jourdan.
Kergaradec.
Mélier.
Macartan.
Prus.
Récamier.
Roche.
Rostan.

3e SECTION. — *Pathologie chirurgicale.*

MM. Baffos.
Barbier.
Bégin.
Blandin.
Bougon.
Cloquet (Jules).
Dubois (Paul).
Duval.
Espiaud.
Gerdy.
Jobert.
Jourda.
Lacournère.
Marjolin.
Oudet.
Reveillé-Parise.
Velpeau.

4e SECTION. — *Thérapeutique et Histoire naturelle médicale.*

MM. Bally.
Bonastre.
Bousquet.
Chardel.
De Lens.
Desportes.
Guersant.
Jolly.
Loiseleur-Deslongchamps.
Martin-Solon.
Mérat.
Patissier.
Rayer.
Richard.

5e SECTION. — *Médecine opératoire.*

MM. Amussat.
Bérard (Auguste).
Civiale.
Gimelle.
Hervez de Chégoin.
Lagneau.
Laugier.
Lisfranc.
Poirson.
Roux.

6e SECTION. — *Anatomie pathologique.*

MM. Baron.
Breschet.
Chomel.
Cornac.
Cruveilhier.
Fouquier.
Gaultier de Claubry.
Husson.
Louis.
Rochoux.

7e SECTION. — *Accouchements.*

MM. Baudelocque.
Capuron.
Danyau.
Deneux.
Devilliers.
Lebreton.
Moreau.
Villeneuve.

8e SECTION. — *Hygiène publique, Médecine légale et Police médicale.*

MM. Adelon.
Chevallier.
Émery.
Forestier.
Gérardin.
Kéraudren.
Labarraque.
Lecanu.
Londe.
Nacquart.
Renauldin.
Royer-Collard.
Villermé.

9e SECTION. — *Médecine vétérinaire.*

MM. Barthélemy.
Bouley jeune.
Dupuy.
Girard.
Huzard fils.
Renault (E.).

10e SECTION. — *Physique et Chimie médicales.*

MM. Burdin.
Bussy.
Caventou.
Derosne (Charles).
Dumas.
Guéneau de Mussy.
Henry.
Orfila.
Soubeiran.
Thillaye.

11e SECTION. — *Pharmacie.*

MM. Boudet.
Boullay.
Bouriat.
Boutron-Charlard.
Chéreau.
Derosne aîné.
Dizé.
Fée.
Guiart.
Guibourt.
Martin.
Mitouart.
Petroz.
Robinet.

MÉMOIRES

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

PARTIE HISTORIQUE.

ÉLOGE

DE F.-J. DOUBLE,

PAR M. BOUSQUET.

Lu dans la séance du 30 avril 1844.

Quand un homme arrivé à la célébrité, chargé de titres et d'honneurs, il est parfois malaisé de discerner le mérite sous le prestige des distinctions; mais quand cet homme n'a, pour ainsi dire, que son nom, il est visible que la faveur n'a rien à prétendre dans sa renommée, et la tâche du panégyriste en devient plus simple et plus facile. Tel fut le confrère à qui vous rendez ce dernier hommage. Loin de courir après les honneurs, M. Double les fuyait presque avec autant d'empressement que d'autres en mettent à les rechercher. En entrant dans le monde, il résolut de ne rien devoir qu'à lui-même, et cette résolution honore trop son caractère pour n'être pas le premier trait de son éloge.

S'il se trouve dans cette enceinte un jeune homme épris de l'amour de notre art, mais isolé, sans appui, sans conseils, sans secours; et si, malgré cet isolement, il a la noble fierté de n'attendre son avancement

que de ses veilles et de son ardeur au travail, qu'il nous prête une oreille attentive, et que l'exemple de M. Double le rassure et le soutienne.

F.-J. Double naquit, en 1776, à Verdun-sur-Garonne, d'une famille d'Asclépiades citée pour ses vertus. Il avait trois frères. Elevés dans l'amour du travail, ils se distinguèrent tous, quoique dans des carrières différentes. L'aîné, médecin à l'armée des Pyrénées, y mourut du typhus, trop jeune pour laisser un nom célèbre, mais ceux qui l'ont connu conservent le souvenir des espérances qu'il donnait. Un autre établit une maison de banque à Marseille, et mit tant d'ordre et de sagesse dans son administration, qu'il a laissé une fortune immense, et, ce qui vaut mieux, une réputation sans tache; le second, qui a eu le triste avantage de survivre à tous ses frères, entra dans l'état ecclésiastique pour s'élever à l'épiscopat. Il vient de mourir à la suite d'une visite pastorale, à l'âge de soixante-dix-sept ans: il est mort comme tout prêtre doit mourir, sans fortune et sans dettes.

M. Double commença ses études dans la maison paternelle, sous la direction de ce même frère, naguère évêque de Tarbes. Mais cette éducation ne pouvait durer : le maître lui-même n'avait pas terminé la sienne. Ils furent envoyés tous deux au collége de l'Esquille à Toulouse, dans ce même collége où Laromiguière enseignait la philosophie avec cette précision de langage qui porte la lumière dans les questions les plus obscures. On dit que M. Double se distingua dans ses études; mais ne donnons pas aux succès de l'enfance plus d'importance qu'ils n'en méritent : Boileau eut trois frères d'un esprit très précoce, lui seul en paraissait dépourvu, et lui seul a tenu ce que ses frères promettaient.

Au sortir du collége, M. Double entra dans une pharmacie, soit que son dessein fût alors de suivre la carrière de Rouelle et de Vauquelin, soit qu'il regardât les études du pharmacien comme la meilleure préparation à la médecine.

C'était l'époque de nos discordes politiques. Le danger des circonstances apprit à M. Double tout ce qu'il avait de tendresse pour ce frère qui lui donna les premiers enseignements. Dans ces temps de trouble et d'anarchie, la religion, vous le savez, n'attirait que haine et persécution sur ses ministres. Pour sauver ses jours en péril, l'abbé Double s'enfuit en Espagne. De son côté, M. Double prévint la réquisition en demandant du service dans l'armée des Pyrénées. Son étoile le plaça sous les ordres de M. Ribes, une des gloires les plus pures de la médecine mili-

taire. Cependant le souvenir de son frère ne le quittait point. Au premier moment de calme il vole auprès de lui, résolu de partager son exil ou de le ramener; il le ramène: mais, hélas! l'exil ne fit que se changer en prison. Attéré par ce nouveau coup, il se dévoue encore une fois au secours de son frère, il brise ses fers, et lui, désormais tranquille sur une vie qui lui est si chère, prend le chemin de Montpellier avec le dessein de quitter la pharmacie pour la médecine.

L'École de Montpellier était alors dans toute sa gloire. M. Double y trouva Chaptal, Fouquet, Baumes, Dumas, Gouan, Broussonnet, et le génie de Barthez qui planait par-dessus tout. De ces noms illustres, il ne reste aujourd'hui que M. Broussonnet. C'est aux leçons de ces maîtres habiles que M. Double puisa le goût de la médecine grecque dont Montpellier garde précieusement le dépôt. *Olim Cous nunc Monspelliensis Hippocrates* (1)! paroles présomptueuses, si l'on veut; mais il faut les pardonner à six siècles de gloire!

Entre les doctrines de l'ancienne et de la nouvelle Cos, il existe, en effet, un air de famille qu'il est impossible de méconnaître.

Les anciens, que les préjugés du temps détournaient des études anatomiques, donnèrent toute leur attention à l'homme vivant; et comme ils n'en connaissaient qu'imparfaitement les détails de structure, ils s'accoutumèrent peu à peu à le considérer dans son ensemble, comme s'il n'était formé que d'un seul et grand organe.

Et dans cet organe, on s'attachait bien moins à la partie matérielle, qu'à la force dont il est animé. Hippocrate s'interdit toute recherche, toute hypothèse sur l'essence de cette force, soit qu'un heureux instinct l'avertît que l'essence des choses n'est connue que de Dieu, soit qu'il comprît que les résultats suffisent à l'usage des hommes. Hippocrate, dis-je, mit tous ses soins à connaître les propriétés de la puissance vitale.

L'homme ne vit pas isolé dans ce vaste univers: il tient à tout ce qui l'entoure, libre par ses facultés, esclave par ses besoins. Frappé de cette alternative de sujétion et de liberté, de dépendance et d'indépendance, Hippocrate comprit que, pour connaître l'homme vivant, c'est-à-dire l'homme agissant et réagissant, il faut l'étudier non seulement en lui-

(1) Ces paroles sont gravées sur le buste antique d'Hippocrate qui décore la salle des actes.

même, mais encore et surtout dans les impressions qu'il reçoit des objets extérieurs et du milieu dans lequel il respire et se meut.

Ici, messieurs, votre jugement a devancé le mien. Vous pressentez tous qu'Hippocrate ne voyant que l'ensemble de l'économie, Hippocrate, malgré tout son génie, n'en a pu saisir que les phénomènes les plus généraux : l'ordre, l'harmonie qui règne entre toutes les fonctions, leur tendance à une fin commune ; les sympathies, l'état des forces, la variété des tempéraments ; les effets du sommeil et de la veille, du repos et de l'exercice, d'une bonne et d'une mauvaise alimentation ; les maladies des âges, des saisons et des climats ; l'effet d'une vive douleur sur une douleur moins vive ; l'empressement du sang à se précipiter sur les traces des stimulus ; les métastases ; la marche régulière des maladies, les phénomènes de crudité et de coction, les signes d'une bonne et d'une mauvaise terminaison ; les crises ; la force médiatrice de la nature, etc., Hippocrate nous a transmis sur toutes ces choses les notions les plus saines. Et remarquez, je vous prie, que la science moderne ne les eût jamais obtenues de l'anatomie, ni de ses procédés d'analyse. Les anciens ont la gloire d'avoir posé les bases de la médecine, et ces bases, je le redis encore, ils les ont trouvées en observant l'homme vivant et entier.

Tels sont, si je ne m'abuse, les grands caractères de la médecine grecque. Ces caractères, vous les retrouverez dans la médecine de Montpellier, mais plus fermes, plus explicites et fécondés par le temps. Au reste, non seulement Montpellier ne désavoue pas son origine, elle s'en glorifie comme de son plus beau titre de noblesse.

M. Double adopta sans réserve les doctrines de l'école où il était élevé, et les défendit avec une constance qui lui mérita l'honneur d'en être appelé le représentant. C'est là qu'il apprit à connaître le prix de l'observation, j'entends surtout l'observation de l'homme vivant ; car M. Double était convaincu que demander à la mort les secrets de la vie, c'est lui demander plus qu'elle ne peut donner.

Qu'on ne croie pas cependant qu'il dédaignât l'étude de l'anatomie ; mais quand il considérait tout ce qu'ont fait les anciens sans ce puissant secours, il lui semblait que les modernes en exagéraient l'utilité. A ses yeux, la structure des organes, telle que nous la connaissons, n'explique en réalité que ce qu'il y a de mécanique dans les fonctions ; elle est muette sur tout le reste, et le reste est le plus essentiel. Gall lui-même, si intéressé à rehausser la matière, puisqu'il en tirait tous ses oracles, Gall

avoue que notre vue est trop faible pour aller des organes aux fonctions; et, en effet, Gall commence par s'assurer de la fonction, et ensuite il se met à la recherche de l'organe.

Mais quand même la structure particulière de chaque partie donnerait l'explication de ses fonctions privées, elle ne donnerait pas celle des facultés et des grands actes vitaux répandus dans tout l'organisme, tels que le sentiment et le mouvement, la chaleur animale, la nutrition, l'état général des forces, les tempéraments, les sympathies, l'accroissement et le décroissement du corps, la faculté régénératrice, la conservation des formes au milieu du renouvellement incessant de la matière, et cent autres attributs non moins remarquables de la vie.

L'idée de cette physiologie du système entier où les grands phénomènes de la vie sont considérés d'une manière abstraite, cette idée appartient à la médecine grecque. Nous lui devons les *Nouveaux éléments de la science de l'homme*, le plus beau livre, au jugement de M. Lordat, qui soit sorti des mains de Barthez, et l'un de ceux que l'École de Montpellier oppose avec le plus d'orgueil aux écoles rivales.

Ici se présente une question qui ne sera peut-être jamais résolue. Ces grands phénomènes de la vie ont apparemment une cause; quelle est cette cause? M. Double se tenait à cet égard dans une prudente réserve; et quand on le pressait de s'expliquer, il répondait que Galien comparait le corps humain à la forge de Vulcain, dont tous les instruments, animés d'une force divine, se mouvaient d'eux-mêmes et de la manière la mieux appropriée à leurs usages. Il protestait par cette ingénieuse comparaison contre ceux qui font naître les phénomènes vitaux de l'organisation, avec la même confiance que s'ils assistaient à leur génération.

Mais autant M. Double était réservé sur la nature de la force vitale, autant il était prononcé sur ses attributs. Parmi ces attributs, il en est deux principaux qu'il mettait au-dessus de tous les autres. L'un, c'est que la cause qui nous anime est une : cette unité se déduit de l'ordre même qui règne entre toutes les fonctions, et de leur tendance au même but; l'autre, c'est qu'elle est essentiellement active. Les preuves de cette activité sont faciles à voir lorsque l'organisation vivante se meut et réagit contre une impression extérieure. Mais l'école de Barthez va plus loin; elle enseigne que la puissance vitale peut entrer en action, soit spontanément par les seules forces qui lui sont propres, soit à l'occasion de la

plus légère provocation, et alors l'effet ne répond nullement aux causes du dehors.

En partant de ces principes, l'école de Montpellier s'est fait sur les maladies des idées qui la distinguent entre toutes les autres. Si c'est la même cause qui engendre et qui règle les actes vitaux, il est visible que toute lésion, tout dérangement de ces actes remonte à la source même de la vie et en dérive. Les lésions anatomiques ne constituent pas les maladies, elles n'en sont qu'un effet, un accident éventuel, qui, loin de changer le caractère de l'affection principale, en prend presque toujours la nature. L'anatomie pathologique tout entière n'est donc qu'une branche de la symptomatologie : c'est la symptomatologie de l'intérieur.

Dans cette doctrine, il y a une grande différence entre les maladies mécaniques ou chirurgicales et les maladies qui composent le domaine de la médecine interne. La génération, la nature n'en est pas la même. Dans le premier cas, la lésion de l'organisation précédant la lésion de la force vitale, ne dépasse pas les parties qu'elle affecte : elle est essentiellement locale; et, comme elle est produite violemment, contre toutes les prévisions de la nature, l'effet répond exactement à la cause. Dans le second cas, c'est l'inverse : les maladies préparées, conçues à l'avance dans la profondeur de l'économie, éclatent et se développent spontanément, librement, par la seule activité des forces intérieures. Les influences du dehors n'y jouent qu'un rôle secondaire, et voilà pourquoi il n'y a pas de proportion entre ces influences et les maladies qui les suivent. Ici la lésion de l'unité physiologique ouvre la scène, et cette lésion peut rester dans cet état jusqu'à la fin, ou se transformer en une altération sensible des tissus. Dans tous les cas, cette altération est secondaire, consécutive.

La doctrine que j'expose se pique d'être conséquente. Comme, dans l'ordre généalogique, la lésion sensible des tissus n'a que le second rang, il est logique de s'attaquer d'abord à l'affection, à la diathèse qui l'a précédée et engendrée. Mais si l'organe lésé est une de ces pièces essentielles dont le jeu ne peut s'arrêter sans entraîner toute la machine, il faut se hâter de lui rendre le libre exercice de ses fonctions. Il est des règles de bon sens si simples et si naturelles qu'elles sont de toutes les écoles, et je n'en connais pas de plus impérieuse que celle qui prescrit d'aller avant tout au danger le plus grand.

Telles sont, dis-je, les idées que M. Double emporta de Montpellier,

et qui le dirigèrent dans sa pratique à Paris. Parmi les maîtres dont il avait entendu les leçons, Fouquet avait toutes ses préférences : Fouquet entré dans la médecine à trente-deux ans, et nommé professeur à soixante-cinq après trois grands concours! Dès ses premiers pas, Fouquet se prit de la plus vive admiration pour Hippocrate, et cette admiration ne fit qu'augmenter en proportion de ses connaissances. En mettant les pieds dans l'amphithéâtre, ses regards se tournaient vers le buste d'Hippocrate, qu'il contemplait quelques instants comme pour s'inspirer de son génie. A force de le lire et de le méditer, il s'identifia tellement avec son modèle que ses disciples croyaient entendre Hippocrate lui-même; et tout favorisait l'illusion : une taille élevée, une physionomie calme et sereine, un regard plein de feu, une contenance imposante, la démarche d'un esprit méditatif, un air de dignité répandu sur toute sa personne. Tel était Fouquet, et tel l'imagination aime à se représenter le père de la médecine.

Le respect, le culte que Fouquet avait pour Hippocrate, M. Double le rendait à Fouquet. Jamais disciple ne se montra plus respectueux et plus reconnaissant envers son maître. S'il est un sentiment naturel, c'est celui d'imiter ce qu'on admire. Fouquet excellait dans la connaissance des signes des maladies, M. Double se dirigea vers les mêmes études; il se peut aussi qu'il se sentît naturellement enclin vers tout ce qui peut relever l'éclat de la profession. Et quoi de plus propre à commander l'étonnement qu'une science qui, s'emparant de quelques signes fugitifs, s'élance dans l'avenir, et longtemps à l'avance annonce les événements quelquefois les plus imprévus! La connaissance des signes des maladies est réellement la partie brillante de la médecine. En faveur de ses prédictions, on lui pardonne son impuissance. Il semble, en effet, que le malade dont on prévoit la fin prochaine soit au-dessus de toutes les ressources. Ainsi, la séméiotique sauve à la fois l'honneur de l'art et la réputation de l'artiste.

M. Double choisit pour sujet de sa thèse un point de séméiotique. Il y traite de l'imminence des maladies. Il avait déjà compris qu'entre la santé et la maladie il existe un état intermédiaire qui mène de l'un à l'autre, si le médecin ne parvient à conjurer le danger. Cette idée ne l'a jamais abandonné. C'est une preuve de l'excellence de son jugement de n'avoir eu à réformer dans l'âge mûr aucun des engagements de sa jeunesse.

Après avoir pris ses degrés, M. Double rentra dans sa ville natale; il commença même d'y pratiquer la médecine. Mais son ambition était à

l'étroit sur un si petit théâtre. Il vint à Paris, poussé par cette voix intérieure à laquelle le talent qui se sent ne résiste pas. C'était au mois de brumaire de l'an VIII. L'activité de son esprit se nourrit d'abord de toutes les connaissances utiles à sa profession. On le voyait partout où il y avait quelque chose à apprendre, dans les amphithéâtres, dans les hôpitaux, dans les cliniques, aux cours du Jardin des Plantes, où il se sentait doublement attiré par le besoin de compléter son éducation, et par les grands noms de Jussieu, Desfontaines, Lamarck, Lacépède, Haüy, et ce G. Cuvier dont la voix éloquente répandait tant d'intérêt et de charme sur l'histoire naturelle.

Parmi les recommandations dont M. Double s'était pourvu, était une lettre pour M. Maison, secrétaire général des hospices. C'est chez M. Maison qu'il connut M. J. Sédillot, et par M. Sédillot, la famille Pelletier, à laquelle il devait bientôt s'allier. M. Sédillot rédigeait alors le journal de la Société de médecine de Paris. S'il est vrai que les caractères se conviennent par leur contraste même, jamais la fortune ne rapprocha deux hommes plus faits pour s'entendre. L'un prompt à se flatter, satisfait du présent, insouciant de l'avenir, ne demandait pas mieux que de s'affranchir d'un soin qui commençait à lui peser; l'autre, jeune, actif, laborieux, prévoyant, incertain de sa position, et désireux de la fixer, brûlait de se faire connaître, et en recherchait toutes les occasions. Entre de pareils hommes les traités sont faciles. Sous le patronage de M. Sédillot, M. Double entra dans la Société de médecine, et fut admis à l'honneur d'en rédiger les travaux.

Sous la plume de son nouveau rédacteur, le journal prit une nouvelle vie. M. Double montra dans sa jeunesse toutes les qualités de l'âge mûr. Sa critique, toujours grave et décente, ne se laissa jamais emporter à ces expressions vives et peu mesurées qui blessent un auteur sans le corriger. Il s'était fait une loi de discuter avant que de juger, afin de motiver tous ses jugements. Par un tour d'esprit non moins rare chez un journaliste, il louait ce qu'il y avait de bon et d'utile dans un livre avec plus de plaisir et de complaisance qu'il ne relevait ce qui lui paraissait faible ou mauvais. On dit même qu'il poussa quelquefois l'indulgence jusqu'à louer des écrits qui n'étaient pas dignes de ses éloges. Faiblesses excusables, mais inutiles! car l'éloge d'un mauvais livre ne le sauva jamais de l'oubli.

Malgré le soin qu'il prenait de ménager la susceptibilité des auteurs,

il s'en trouva dont l'amour-propre fut encore plus chatouilleux que la critique du journaliste n'était modérée; mais j'écarte ces exemples de vos yeux. Étrange position que celle d'un journaliste! S'il loue, il paraît froid et commun. Heureux si on ne prête pas à ses louanges des vues intéressées! S'il critique, on vantera peut-être son esprit, son jugement; mais le triomphe même de la critique ne fait qu'animer l'auteur critiqué; et, pour avoir été juste, le journaliste se fait un ennemi qui ne lui pardonnera pas.

M. Double ne se bornait pas à rendre compte des travaux des autres; il composait aussi des articles originaux, principalement sur la séméiotique. Ce n'était guère le début d'un jeune médecin de vingt-cinq ans; mais il avait encore la tête si pleine des leçons de Fouquet, que ses premiers essais n'étaient peut-être que des réminiscences. Il est plus certain qu'ils furent traduits dans plusieurs langues, honneur qu'on accorde bien rarement à des articles de journaux.

Le temps que M. Double donnait à son journal ne l'empêchait pas d'entreprendre des travaux plus importants et de plus longue haleine. En 1807, une maladie qui ne respecte aucun rang frappe un enfant sur les marches du trône. Cette maladie, c'est le croup; cet enfant, c'est le prince royal de Hollande, à qui Napoléon réservait, dit-on, le dangereux honneur de lui succéder. Lorsqu'il apprit cette mort, il était en Prusse, occupé du soin le plus doux au cœur d'un souverain, de distribuer des récompenses après la victoire. A cette nouvelle, l'Empereur, toujours maître de lui, fait venir Corvisart, et ordonne, de son quartier général, qu'un grand concours soit ouvert sur la maladie qui vient d'enlever un prince de sa famille. Il y appelle tous les médecins de l'Europe; et tel est le retentissement de la voix de Napoléon, que soixante-dix-neuf répondent à l'appel. Si, parmi tant de concurrents, M. Double n'obtint pas le prix, il en approcha du moins de très près : il eut la première mention.

Quelque flatteuse que fût cette distinction, dans une circonstance si solennelle, on a dit que M. Double attendait mieux de ses efforts; et l'empressement qu'il mit à publier son manuscrit prouverait assez qu'il voulut en appeler, du jugement de ses juges, au jugement du public. Par un excès de délicatesse, il le donna tel qu'il l'avait envoyé au concours; il ajouta seulement un discours préliminaire sur les qualités d'une bonne monographie.

Entre toutes ces qualités, M. Double insiste particulièrement sur la nécessité de remonter aux causes immédiates des maladies, et de les prendre pour base de la distinction des espèces. A l'exemple de ceux qui reconnaissent plusieurs espèces de pleurésies, M. Double admet trois espèces de croups : l'une inflammatoire, l'autre catarrhale, et la troisième nerveuse. Dans cette doctrine, la fausse membrane, loin de constituer le croup, n'y est même pas nécessaire; elle n'en est qu'un effet éventuel, un accident, un symptôme, à la vérité, le plus grave de tous.

Cette classification nous apprend qu'il est des maladies qui peuvent prendre les apparences du croup sans en avoir le caractère anatomique. Et ainsi s'expliquent bien des succès qui paraissaient inexplicables. M. Double y trouvait encore une explication naturelle de l'utilité des trois médications les plus usitées contre le croup : les saignées, les émétiques, et les antispasmodiques. Or, selon lui, toute doctrine qui, acceptant les faits tels qu'ils sont, peut concilier les pratiques les mieux accréditées, cette doctrine est la vraie, ou, si elle ne l'est pas, elle en tient lieu, ce qui revient au même pour nous.

Quelque jugement qu'on porte du fond de la doctrine contenue dans le traité du croup, il est peu d'ouvrages aussi bien faits. C'est un modèle d'ordre et de méthode. L'auteur était trop jeune pour ne mettre en œuvre que les faits de sa pratique; mais quand il aurait eu l'expérience de la plus longue vie, il ne s'y serait pas renfermé. Qu'est l'expérience d'un homme à côté de l'expérience des siècles! Loin de dédaigner les travaux de ses prédécesseurs, il aimait donc à les citer. C'est une délicatesse à laquelle il ne manque jamais, soit qu'il ouvre une nouvelle voie, soit qu'il approuve ce qui s'est fait avant lui. Et qu'on ne croie pas que cette déférence pour autrui ne soit qu'un artifice de l'amour-propre pour déguiser l'inexpérience; les recherches de M. Double sur la nature des fausses membranes, ses essais sur les animaux pour produire artificiellement le croup, ses considérations d'anatomie comparée, montreraient au besoin que lorsqu'il manquait de guide il méritait d'en servir.

L'époque où nous sommes est peut-être la plus laborieuse de sa vie. C'est dans la même année qu'il donna une nouvelle édition de l'*Interpres clinicus* de Klein, avec une préface en latin, où il laisse voir tous ses regrets que la langue latine ait cessé d'être la langue des savants. Quelque fidèles, quelque bien faites que soient les traductions, elles ne

sauraient tenir lieu des originaux; Il y a dans les originaux un charme, un parfum qui s'exhale et se perd dès qu'on essaie de les faire passer d'une langue dans une autre.

Mais de tous les écrits de M. Double, le plus étendu et le plus important est certainement son traité de *Séméiologie générale*. Lorsqu'il vit le jour, Pinel tenait le sceptre de la médecine en France, et il est peu probable que Broussais songeât encore à le lui enlever. Cependant il régnait comme un vague pressentiment de la *Nouvelle doctrine*. L'idée de rallier les symptômes aux organes malades était du moins dans beaucoup de têtes. Pinel lui-même en avait donné l'exemple dans plusieurs parties de sa Nosographie. C'est dans cette époque de transition que parut la Séméiologie. L'auteur y considère les maladies d'une manière abstraite, c'est-à-dire sans égard pour le siége qu'elles occupent; et en cela il n'a fait que suivre l'exemple des métaphysiciens. Pour connaître les facultés de l'entendement, la psychologie ne s'informe pas de la place qu'elles occupent; moins ambitieuse ou plus sage, elle se contente d'en observer les effets. Mais on loue la psychologie de sa réserve, et on en fait un reproche à la médecine. On aurait voulu que M. Double eût rattaché les symptômes aux organes malades. Ceux qui tiennent ce langage oublient trop peut-être que cela n'entrait ni dans son plan ni dans ses principes: dans son plan, car il écrivait un traité général; dans ses principes, car, selon lui, la plupart des maladies internes, étant des affections de la force vitale avant d'être des lésions sensibles de structure, commencent par être générales.

Et puis, le dirai-je? M. Double n'était pas de ceux qui pensent que la valeur des signes varie suivant les maladies et suivant le siége des maladies. Il soutient au contraire qu'ils ont la même signification partout où ils se montrent, en sorte que, eût-il approuvé les efforts tentés pour remonter aux lésions anatomiques, cette recherche n'aurait eu pour lui qu'un intérêt secondaire.

A son apparition, l'ouvrage de M. Double effaça tout ce qui l'avait précédé; il sera effacé à son tour: telle est la loi du progrès. Mais quels que soient les trésors que l'avenir nous prépare, et j'espère tout des talents qui me font l'honneur de m'entendre, la séméiologie générale a marqué sa place parmi les productions les plus estimables du commencement de ce siècle, et l'histoire la lui conservera.

L'auteur a mis onze ans à mener cette grande entreprise à sa fin. C'est

ainsi, a-t-on dit, que se font les bons livres. Mais il y a d'autres causes de cette lenteur. Déjà M. Double ne s'appartenait plus, la faveur publique s'était emparée de lui, et il y répondait avec d'autant plus d'empressement qu'il ne préférait aucun titre à celui de praticien. Il avait la plus haute idée de la médecine pratique; il n'était pas tout-à-fait si juste envers la chirurgie: c'était un préjugé de sa première éducation. Du reste, il n'accordait à personne la faculté d'exercer avec la même habileté ces deux arts d'une même science, et cela moins à cause de leur étendue, qu'à cause de leur génie particulier.

Est-il nécessaire de rappeler ici avec quel soin il distinguait les maladies de réaction d'avec les affections spontanées de la vie, et, dans ces affections, ce qu'il y a de général et d'essentiel d'avec ce qu'il y a de local et de fortuit? A bien des égards, la doctrine de M. Double était justement l'inverse de celle de Pinel et de la médecine organique en général. A l'entendre, l'attention minutieuse que Pinel donnait aux symptômes lui faisait perdre de vue la maladie; et Broussais, trop préoccupé de la lésion locale, semblait croire qu'il n'y avait rien au-delà. L'art du praticien exige un certain nombre de qualités heureuses dont Corvisart à Paris, Chrestien à Montpellier, nous ont offert le rare assemblage. Esprits prompts et pénétrants, plus résolus toutefois que profonds. Mais ils avaient quelque chose de plus précieux que la science, ils avaient cette sagacité, ce coup d'œil qui, sans se laisser éblouir par la multitude des symptômes, va droit au fond des maladies, et voit du même coup le danger et les ressources; tel un grand capitaine, loin de s'étonner du nombre et de la puissance de l'ennemi, observe tout avec sang-froid, et prend soudain ses avantages, aussi calme dans le tumulte et le bruit, que si tout était tranquille autour de lui. Le génie de la médecine pratique respire dans les œuvres de Baillou, Sydenham, Stoll, Tissot, P. Frank, dont un libraire intelligent vient de nous donner une nouvelle édition avec une introduction de M. Double(1). Nourri de ces lectures, M. Double appartient à cette longue suite de médecins qui, reconnaissant Hippocrate pour maître, en transmettent d'âge en âge les méthodes et les principes. Les médecins hippocratistes n'ont pas la vanité de croire qu'il n'y ait plus rien à faire; ce serait

(1) *Traité de médecine pratique*, traduit par J.-M. Goudareau, nouvelle édition, avec une introduction par F.-J. Double. Paris, 1842, 2 volumes grand in-8.

déclarer que la médecine touche à sa perfection, et malheureusement elle en est encore loin; mais ils se croient en possession de la vérité, et, tout ce qui s'écarte de leur symbole leur paraît suspect.

La fidélité de M. Double aux grands maîtres de l'art a fait dire qu'il connaissait mieux l'histoire du passé que l'histoire contemporaine; erreur! M. Double suivait attentivement les mouvements de la science, et s'il n'adopta pas toutes les idées nouvelles, ce n'était pas faute de les connaître, c'était parce qu'il ne les approuvait pas. On a dit à la louange de quelques hommes célèbres, qu'ils avaient devancé leur siècle; M. Double mit sa gloire à résister au sien.

Jamais il ne partagea l'engouement de ses contemporains pour l'anatomie pathologique; non seulement il voyait avec peine qu'elle voulût se substituer à la médecine tout entière; mais il l'accusait de porter le découragement dans l'esprit du praticien, et ce seul tort compensait à ses yeux tout le bien qu'elle a pu faire. Pour lui, bien convaincu que la mort ne laisse voir que les restes des maladies, il ne désespérait de son art qu'à la dernière extrémité. Soutenu par cette confiance, les ressources naissaient, pour ainsi dire, en ses mains.

Dans cette foule de moyens que la nature met à la disposition du médecin, M. Double avait ses préférences; chaque praticien a les siennes. Il se jouait avec les substances vénéneuses: la ciguë, la jusquiame, l'aconit, la belladone, la douce-amère, le rhus radicans, etc. Cet art délicat, il l'avait appris aux leçons de Fouquet. Il composait avec les extraits de salsepareille, de douce-amère et d'aconit, des bols devenus célèbres et rapportés sous son nom dans les formulaires.

Le musc était encore un de ses médicaments de prédilection; il en trouvait l'emploi dans le cours des maladies aiguës et principalement des fièvres graves, toutes les fois qu'il se formait des spasmes ou des déplacements sur les principaux viscères de la poitrine ou de la tête.

Le sulfate de quinine, cette belle conquête de la chimie moderne, lui était cher à d'autres titres. Découvert, comme on sait, par M. Pelletier, son beau-frère, et M. Caventou qui a l'honneur de présider cette solennité, M. Double s'était associé à cette précieuse découverte en faisant connaître les propriétés de la quinine aux médecins; en sorte qu'il s'était accoutumé à la considérer comme une propriété de famille.

M. Double était un des praticiens les plus recherchés de la capitale et qui méritait le mieux de l'être; ce succès, il le devait sans doute à ses

talents, mais le talent ne suffit pas toujours pour répandre un médecin et le faire goûter. Que d'hommes dans notre art qui, avec un mérite incontestable, sont restés ignorés! Combien d'autres délaissés ou méconnus! Il entre toujours un peu de bonheur dans les plus grandes réputations médicales. La première condition pour gagner les faveurs du public est de lui plaire. Personne n'avait plus profondément réfléchi que M. Double sur la conduite des médecins dans le monde; personne ne connaissait mieux l'art de se faire bien venir des malades et d'entrer dans leur confiance.

A sa première visite, son premier soin était d'interroger les parents et les amis, afin de faire tout concourir au bien du malade, suivant le précepte d'Hippocrate. Il s'informait de son tempérament, de son caractère, de ses mœurs, de ses habitudes, de ses dispositions. Ces renseignements pris, il entrait l'air calme et affable: la sénérité de son âme se répandait sur tous ses traits.

Si le malade était en état de parler, il se faisait raconter l'histoire de sa maladie, et dès lors la figure du médecin se composait. Toute sa personne prenait l'attitude du recueillement. Les malades, on le sait, aiment à parler longuement de leurs maux; M. Double ne les interrompait jamais; jamais il ne laissait paraître la moindre impatience, la moindre distraction; il les écoutait jusqu'au bout avec la même attention, le même intérêt, la même bienveillance.

Quands ils avaient fini, le médecin prenait la parole; il leur adressait quelques questions, et au tour qu'il leur donnait il était facile de voir qu'il connaissait la réponse: il savait par expérience que rien ne prévient en faveur d'un médecin comme cette prescience qui lui découvre ce que le commun des hommes est censé ignorer.

Cet examen fini, il se recueillait quelques instants et prenait la plume; il avait la bonne habitude d'écrire en latin, afin de frapper l'imagination des malades et de les inviter à plus d'exactitude.

Quand le médecin a prescrit, il semble qu'il n'ait qu'à se retirer; il en est, en effet, qui quittent brusquement leurs malades sans ajouter un seul mot; d'autres montrent moins d'empressement; mais, par une autre singularité, ils affectent de paraître étrangers à tout ce qui n'est pas de leur art, comme pour faire croire qu'ils y sont d'autant plus habiles qu'ils se montrent plus nuls sur tout le reste. M. Double ne poussait pas si loin l'abnégation. Quand il avait fini comme médecin, l'homme du

monde se montrait. Celui-ci s'entretenait volontiers des nouvelles du jour ou de quelques sujets agréables qu'il savait faire naître à propos. Il se persuadait que les gens du monde aiment à trouver dans leur médecin, non seulement un savant, mais encore un homme aimable; et comme il avait tous les moyens de l'être, il ne négligeait rien pour le paraître.

Il savait encore se rendre cher à ses malades par l'art avec lequel il donnait aux fonctions de son ministère l'intérêt et le charme de l'amitié. Il avait tant de prévenance et d'attention pour tous, que chacun se croyait l'objet de ses préférences. Aussi, jamais peut-être n'y eut-il un médecin plus chéri et plus regretté de ses clients. L'affection qu'il inspirait l'attachait de plus en plus à son art; il y avait trouvé tant de douceurs et de consolations, que, contre la maxime du poëte, il était heureux de son sort, et désirait si peu d'en changer, qu'il répétait souvent que s'il revenait cent fois à la vie, cent fois il voudrait se faire médecin.

Jusqu'ici je n'ai considéré M. Double que comme écrivain et comme praticien; ce serait lui dérober une partie de sa gloire de ne pas vous peindre l'académicien.

Séparé de ses confrères par ses doctrines, M. Double l'était encore par ses habitudes; il les aimait comme des membres de la grande famille médicale, mais il les fréquentait peu; il vivait avec ses clients. Et cependant, malgré l'éloignement où il se tenait, son nom se présenta des premiers, lorsque la munificence de Louis XVIII, conseillé par M. le baron Portal, son premier médecin, créa l'Académie royale de médecine. Sans cette utile institution, jamais peut-être M. Double n'eût été apprécié comme il méritait de l'être. La première fois qu'il prit la parole, il laissa voir qu'il en serait une des lumières, et vous savez si la suite a répondu à ses débuts. L'Académie travaillait alors à sa constitution intérieure. Parmi tant d'hommes éminents, deux surtout aspiraient à lui donner des lois. Jaloux de tous les genres de gloire, Dupuytren ne voulait pas laisser échapper une si belle occasion de joindre à sa couronne de savant celle de législateur de la nouvelle Académie.

M. Double cédait à d'autres sentiments; le devoir était l'âme de sa conduite. Chacun apporta dans les débats son talent et son caractère: Dupuytren, cette hauteur de vues et de raison qui ne l'abandonnait jamais; M. Double cette sagacité, cette souplesse qui rend propre à tout. L'un fier, hautain, accoutumé à voir tout céder à sa parole, déguisait

mal l'impatience que lui causait la contradiction; l'autre plus modeste, plus souple, sans être moins ferme, redoublait de politesse et d'égards à mesure qu'il se croyait mieux fondé, comme s'il eût voulu se faire pardonner ses avantages. Lutte glorieuse et mémorable! Mais, soit que son rôle fût fini, soit qu'il ne pût vivre avec ses pairs, Dupuytren se retira peu à peu d'une compagnie où il ne pouvait imposer sa loi.

M. Double, au contraire, lui resta fidèle jusqu'à son dernier jour. Il aimait l'Académie de médecine, il lui devait une partie de sa gloire, et les succès mêmes qu'il y avait obtenus la lui rendaient chère. C'était pour lui comme une patrie où il revenait toujours avec un nouveau plaisir. Vous le retrouviez à toutes vos séances, comme un soldat à son poste, à cette place où son absence sera longtemps remarquée (1). Ceux qui, après avoir brigué l'honneur de vous appartenir, croient pouvoir se dispenser de suivre vos travaux, se méprennent étrangement. Sans doute la gloire de la compagnie n'en peut pas souffrir : personne ici ne porte sa tête assez haut par-dessus les autres! Mais on oublie que l'assiduité est le premier devoir d'un académicien. En acceptant l'emploi de secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, cet emploi qu'il a rempli avec tant de gloire pendant plus de quarante ans, Fontenelle déclara qu'il ne louerait jamais ceux de ses confrères qui ne témoigneraient pas de leur zèle par une grande assiduité, et, quelle que fût la vivacité des sollicitations, Fontenelle tint parole.

Malgré le zèle dont il était animé pour la gloire de la compagnie, M. Double y fit peu de lectures originales : c'était l'effet d'une vue systématique. Il croyait que les Académies sont moins faites pour produire par elles-mêmes que pour juger les travaux qui leur sont adressés, et retenir ainsi la science dans les bonnes voies.

Mais fallait-il apprécier ces travaux, il était toujours prêt. Et telle était la confiance que vous aviez dans son activité et dans ses lumières, que vous lui remettiez les affaires les plus délicates, les rapports les plus importants. Il a été le premier rapporteur des remèdes secrets, cette plaie de l'Académie et de la société; et il comprit si bien sa mission, qu'il a fixé, pour ainsi dire, votre jurisprudence sur ce point. Il a composé sur l'art d'observer les épidémies un mémoire que vous avez mis entre les mains de tous vos correspondants (2). En 1832, lorsque le choléra était

(1) L'auteur indique du geste la place qu'occupait M. Double.

(2) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, tome I, pages 245 et suivantes.

à nos portes, le gouvernement vous demanda une instruction, et c'est encore M. Double qui la prépara. Cette instruction, je ne la juge pas, il n'est sans doute donné à personne de devancer les leçons de l'expérience; je ne veux que rappeler un trait honorable dans la vie de notre confrère. Que vous dirai-je de ce long et beau rapport sur la réforme de l'organisation médicale? Ici M. Double sortait visiblement des attributions du médecin, mais telle était la flexibilité de son esprit, qu'après avoir agrandi la science par ses travaux, il en pouvait régler les rapports avec toute la sagesse d'un législateur.

Mais à quoi bon ces détails dans cette enceinte où tout vous parle de notre confrère? Parcourez vos archives, vos procès-verbaux, vos publications, il n'est pas une occasion un peu importante dans les annales de la compagnie où le nom de M. Double ne reparaisse avec éclat. Vice-président, président, secrétaire annuel, membre du conseil, tous les honneurs que vous pouvez déférer, il les a obtenus de votre justice; toutes les charges qu'emporte le titre d'académicien, il les a partagées. On composerait plusieurs volumes de ses rapports qui dorment dans vos archives. Il y en a sur presque tous les sujets; car, dans un temps où chaque médecin se borne et choisit un coin de la science pour le cultiver avec plus d'ardeur, M. Double n'avait voulu prendre aucune couleur. Il n'avait d'autres préférences que celles qui lui étaient commandées par son tour d'esprit. Il se plaisait dans les questions générales de doctrine et de philosophie; les détails étaient moins de son goût. Mais, encore une fois, il pouvait parler de tout et il était toujours écouté. Il est vrai qu'il se respectait assez pour ne prendre jamais la parole devant vous sans y avoir mûrement pensé.

Peu de personnes ont possédé au même degré l'art de parler aux grandes assemblées. Ce sentiment exquis des bienséances, il en trouvait la source dans son cœur autant que dans l'habitude du grand monde. Même dans l'improvisation où l'esprit, dominé par la pensée, se jette sur la première expression qui se présente, il ne lui échappait jamais un mot équivoque, une parole désobligeante. Oui, tout dans sa personne, jusqu'aux inflexions de sa voix, tout respirait la plus exquise politesse; et ce qui la rendait encore plus aimable, c'est qu'on sentait qu'elle ne lui coûtait aucun effort, elle lui était naturelle, elle coulait de source.

Avec des qualités si aimables, M. Double prit un ascendant dont il y

a peu d'exemples dans les Académies. Une discussion s'élevait-elle, il la suivait attentivement : si elle s'égarait, il la redressait; si elle s'emportait, il la calmait; à sa voix, l'ordre renaissait, et nous demeurions tous immobiles et comme suspendus, de peur de perdre une seule parole. Quelque flatté qu'il fût de son autorité, il n'en usait qu'à regret, tant il était sensible à tout ce qui pouvait porter atteinte à la dignité de l'Académie. Plus il avançait dans la vie, plus il mettait de prix aux règles du bon goût et des convenances. Ainsi, vous tous qui avez connu sa sagesse, écoutez un dernier conseil qu'il vous donne par ma voix. Oui, c'est lui, c'est M. Double qui vous dit : N'accordez qu'au talent le droit de frapper aux portes de cette Académie : mais que ces portes ne s'ouvrent qu'à l'honnêteté, à la politesse, aux bienséances.

La réputation que M. Double s'était faite dans le monde, l'éclat qu'il avait jeté dans l'Académie royale de médecine, fit désirer à l'Académie des sciences de le posséder. En 1832, une place devint vacante par la mort de M. Portal. M. Portal, le créateur, le bienfaiteur de cette compagnie, a été, vous le savez, le premier praticien de Paris pendant cinquante ans. Après l'avoir perdu, l'Académie des sciences crut qu'elle ne pouvait lui donner un successeur plus digne de lui qu'un homme qui marchait sur ses traces, et elle choisit M. Double.

Il y a eu des médecins qui ont fait plus de bruit, il n'en est pas de plus estimés. Ce n'était pas une de ces imaginations fougueuses qui dédaignent les sentiers battus, et qui se jettent en avant au risque de s'égarer; c'était plutôt une raison puissante, mais réglée, plus faite pour juger les découvertes que pour en faire. M. Double se croyait pourtant quelques titres à la plus grande découverte médicale de notre siècle, à la découverte qui a rendu le nom de Laënnec si célèbre et si cher. Et ces titres il les a rappelés dans une circonstance solennelle, dans la lecture même qu'il fit à l'Institut pour appuyer sa candidature. Il raconte lui-même comment cette idée naquit dans son esprit : c'était en embrassant sa mère et en entendant les sanglots qui sortaient de sa poitrine. Si M. Double entrevit en effet ce que le génie de Laënnec a mis en lumière, (et qui pourrait en douter après sa déclaration!) que de regrets ne dut-il pas avoir en pénétrant dans ce nouveau monde à la suite et sur les pas de son heureux rival? Car, il ne faut pas se faire illusion, rien ajourd'hui ne pourra déposséder le nom de Laënnec; et quelque mérite qu'on accorde à M. Double, les premiers, dans tous les genres, sont ceux qui ont eu le don de l'invention.

Sa place à l'Institut lui conférait l'aptitude à la première dignité du royaume, et la considération dont il jouissait l'en rendait digne. Mais ce que la loi a voulu, l'orgueil des hommes ne le voulut pas; il lui fut proposé de renoncer à l'exercice de la médecine : c'était mal le connaître! Lorsque le gouvernement de Berne nomma le grand Haller du conseil souverain, il n'y mit aucune condition. M. Double repoussa, comme il le devait, la proposition qui lui était faite; mais il y fut d'autant plus sensible qu'elle portait atteinte à l'honneur même de la profession. Combien de fois ne m'a-t-il pas dit : Ce n'est pas moi qu'il faut élever à la pairie, c'est la médecine, dans ma personne ou dans une autre, peu importe : la médecine, ajoutait-il, la plus noble des sciences et le plus utile des arts? Voilà comment M. Double entendait la dignité de la profession. Il lui sacrifiait ce que l'homme a de plus cher après l'honneur, l'élévation de son nom et de sa famille.

Ce seul trait fait assez voir tout ce qu'il y avait de noblesse et d'indépendance dans ce caractère. Il ne dédaignait pas les honneurs; mais il se contentait de les mériter et ne faisait rien pour les avoir : conduite d'autant plus digne d'éloges que, répandu, comme il l'était, dans la première classe de la société, il eût tout obtenu de son crédit s'il l'avait voulu. Mais M. Double tenait à honneur de ne rien demander dans un siècle où on donne à la faveur ce qu'on refuse quelquefois à la justice. Aussi, le dirai-je? aussi n'eut-il ni places ni emploi; il ne fut ni médecin d'hôpital, ni professeur, ni médecin de la cour. Par une heureuse compensation, il gagnait en liberté tout ce qu'il perdait en honneurs. Ce qu'il avait de titres, il le devait aux suffrages de ses pairs, et ils lui en étaient plus chers. Depuis Lorry, il n'y a peut-être pas d'exemple dans notre art d'une renommée si grande et si indépendante.

Ce respect pour sa personne lui donnait un air froid et réservé qui imposait; on ne l'approchait qu'avec une certaine retenue; ses manières étaient polies, mais un peu dignes; sa parole lente, mesurée, sentencieuse; il y avait un peu d'apprêt dans toute sa personne. Il ne se faisait connaître que dans le particulier; là ses amis le retrouvaient tel que la nature l'avait fait, bon, affectueux, obligeant, dévoué. Un de ses panégyristes, notre spirituel et honorable confrère M. Réveillé-Parise, a dit qu'il tenait plus qu'il ne promettait. J'ajoute, parce que je le sais, que, quelles que fussent ses prédilections pour les personnes, son obligeance s'arrêtait toujours devant l'équité ou ce qu'il croyait être l'équité.

M. Double était d'une taille moyenne, d'une constitution maigre et sèche qui pouvait nous faire espérer de le conserver longtemps; on ne lui connaissait d'autre indisposition qu'une migraine, laquelle revenait, à la vérité, tous les mois. Il y aura bientôt quatre ans qu'au retour d'un voyage aux environs de Paris, où il avait été appelé, il ressentit les premières atteintes d'une pneumonie qu'il essaya de faire avorter dans un bain très chaud. Depuis lors, sa santé n'avait pas souffert la moindre altération. Cependant un mois environ avant l'accident qui l'a enlevé, un membre de cette Académie à qui la nature a donné ce tact qu'il est si difficile d'acquérir quand on n'en a pas reçu le germe, M. le docteur Castel, conçut pour M. Double des inquiétudes dont il me fit part. Hélas! sa science ne l'avait que trop bien servi. Le 7 juin, au sortir d'une de vos séances, M. Double se rendit chez M. le ministre de la guerre, qui était de ses clients. Avant le dîner, il passa dans le jardin du ministère; il fut pris d'une défaillance et s'évanouit. Lorsqu'il eut repris ses sens, on le transporta chez lui. Du reste, il se sentait si peu malade qu'il se contenta de garder la chambre, sans prendre le lit, et refusa tous les secours de son art. Cet homme, qu'on a dit si prodigue de médicaments, avait pour principe de ne rien demander à l'art de ce qu'il pouvait obtenir de la nature. Il crut que sa bonne constitution triompherait; il se trompa, et cette grande lumière s'éteignit le 12 juin 1842.

Les feuilles politiques annoncèrent la mort de M. Double comme un malheur public; c'en fut un, sans doute, pour l'Académie royale de médecine, qui lui doit une partie de sa gloire. Avec quel respect, avec quelle touchante émotion elle fit éclater sa douleur! Rappelez vos souvenirs! A peine le président avait-il annoncé cette fatale nouvelle, que la compagnie tout entière se leva spontanément et se sépara. Il était bien juste que la science prît le deuil le jour où elle perdit un de ses plus beaux ornements. Jamais savant ne reçut un honneur plus grand de sa compagnie; honneur si grand que vous ne l'aviez encore accordé qu'à deux hommes, à votre président d'honneur et à M. Bourdois de La Motte, dont une voix éloquente va vous faire connaître les titres à cette glorieuse distinction.

ÉLOGE

DE

M. BOURDOIS DE LA MOTTE,

PAR M. PARISET.

Edme-Joachim Bourdois naquit le 14 septembre 1754, à Joigny, petite ville de l'ancienne Champagne, comprise aujourd'hui dans le département de l'Yonne. On cultivait depuis longtemps dans sa famille les lettres et les sciences. Un de ses ancêtres avait écrit l'histoire de Joigny. Son père était un médecin fort éclairé, et de plus un fort honnête homme. Il fit part à l'Académie des sciences d'une observation curieuse quoique assez peu rare, celle d'un fœtus endurci et desséché qu'une femme avait porté vingt-deux années. Il avait analysé les eaux d'Écharlis et les eaux de Neuilly; les premières analogues aux eaux de Spa, les secondes aux eaux de Forges. La Société royale l'avait mis au nombre de ses correspondants; et Vicq-d'Azyr l'a honoré d'un éloge public. Ses talents, sa probité, sa charité pour les pauvres, avaient inspiré une telle vénération qu'attaqué la nuit par des voleurs, ils les saisit de crainte et les mit en fuite en se nommant. Ce qu'avait fait Aristote pour les constitutions politiques, il l'avait fait pour les constitutions médicales. Il avait réuni les histoires de plus de cent quarante épidémies : recueil qui lui permettait de comparer ces affections l'une avec l'autre, et de marquer, à l'exemple d'Hippocrate, de Baillou, de Sydenham, les différences quelquefois si bizarres qui les caractérisent. Ses remarques étaient consignées dans un registre qu'il avait intitulé : *Ma justification*. Qu'est-ce à dire? que pour lui comme pour les malades, il redoutait les actions

irréfléchies et précipitées; que, pour éviter les méprises si souvent funestes, et pour s'affermir dans le discernement et l'amour du bien, il pratiquait le sage précepte de Pythagore, d'Hiéroclès et d'Épictète, de tenir sans cesse les yeux ouverts sur soi-même, et de se faire ainsi son propre juge : heureuse méthode que Cabanis avait adoptée, dont il m'a vanté plus d'une fois l'excellence, et à laquelle il devait, disait-il, tout ce qu'il était. C'est qu'en effet, il est des hommes à qui l'estime est nécessaire. C'est qu'avant tout ils veulent mériter la leur, et ne sont heureux qu'à ce prix; c'est qu'enfin la règle de nos actions est écrite dans notre propre conscience, et que pour l'aimer et la suivre, cette règle, il ne faut que la connaître et se la rendre familière.

Élève d'un tel père, le jeune Bourdois mit aisément dans ses habitudes les dispositions qu'il avait dans le sang. Ses premières études achevées, il prit la profession de son père, et se rendit à Paris. Il y subit toutes les épreuves qui conduisent au doctorat, et ces épreuves étaient multipliées et rigoureuses. Qu'on me pardonne de les rappeler ici. Le baccalauréat et la licence étaient le prix de sept années de travaux assidus et légalement constatés. On ne les conférait qu'à des sujets âgés de vingt-trois ans, et pourvus de lettres de maîtres-ès-arts. A certaines époques de l'année, il fallait répondre sur toutes les parties de la médecine, et ces examens duraient quatre, cinq et six jours de suite : particulièrement sur l'anatomie, les opérations, la matière médicale. Un aphorisme était tiré au sort, et il fallait en donner le commentaire. Quatre thèses étaient imposées : trois appelées quotlibétaires parce qu'il fallait y résoudre toutes les difficultés que les hasards de la dispute, ou le simple caprice suggéraient aux argumentateurs. Une quatrième, appelée cardinale, parce qu'au nombre des légats envoyés de Rome pour réformer les universités de France, se trouvait en 1452, le cardinal d'Estouteville, lequel établit pour l'avenir une thèse obligatoire sur une question d'hygiène. Enfin, venait le dernier examen, tout de pratique et de quatre jours de durée. Sur une suite de maladies énoncées par les docteurs, le récipiendaire était tenu d'en exposer les causes, les signes, le pronostic et le traitement. Si les juges se montraient satisfaits, on procédait à la bénédiction de la licence et à la cérémonie du doctorat. Mais, la veille de cette solennité, les saintes obligations que le récipiendaire allait contracter, les devoirs sacrés qu'il aurait désormais à remplir, étaient retracés à son esprit, et c'est en quelque sorte sous les auspices de la religion que la vie des hommes était remise entre ses mains.

Cette mêle discipline a fait la gloire de l'ancienne faculté; elle a formé les Fernel, les Baillou, les Houllier, les Duret, et tant d'autres hommes non moins illustres, au nombre desquels je n'hésite point à ranger ceux qui ont été nos premiers maîtres : les de Jussieu, les Corvisart, les Hallé, contemporains de Bourdois. Du reste, ces thèsescourtes, substantielles, toutes écrites en latin, étaient indifféremment l'œuvre du récipiendaire ou du président. La première que composa Bourdois portait sur cette question : La couleur du sang est-elle un produit de la force vitale? Vous le savez, messieurs, depuis Moïse jusqu'à nous, le sang a été pour les médecins, les naturalistes, les philosophes et les législateurs un perpétuel objet d'étude. Quoi qu'en aient dit Aristote et Harvey, le sang n'est pas de toutes nos parties celle qui paraît la première. En revanche, une fois formé, le sang, comme le style de Buffon, est l'homme lui-même. Tout ce que l'homme a de matériel, tout ce qu'il a d'intellectuel, et même de moral, n'est que du sang transformé. C'est dans le sang qu'est la vie des animaux, a dit Moïse; c'est de son sang que l'homme reçoit son entendement, a dit Hippocrate. Mais dans cette suite de transformations, quelle étonnante variété! Tout change le sang et tout change avec lui. Tels aliments, a-t-on dit, et tel chyle; tel chyle, tel air et tel sang; tel sang, et telle nutrition, c'est-à-dire telle composition dans les solides et les liquides. Il fallait ajouter : telle nutrition et tel sang; car dans sa course à travers l'organisation, tout en distribuant entre nos parties altérées des matériaux réparateurs, le sang en emporte des débris qui le rendent, pour ainsi dire, à chaque pas, différent de lui-même; et c'est dans ces dépouilles que l'on rencontre chaque jour de nouveaux éléments ou de nouvelles combinaisons. Pour suivre le jeu de ces transsubstantiations perpétuelles, c'était une nécessité pour la médecine et la chimie de multiplier les investigations et les analyses. Celles que l'on a essayées jusqu'à Rouelle ont été souverainement imparfaites, et malgré les admirables travaux des modernes expérimentateurs, peut-être le seront-elles toujours. J'oserais les comparer à celles que ferait sur les poëmes d'Homère et de Virgile un rhéteur qui décomposerait ces divins ouvrages en points, virgules, voyelles, consonnes, et se vanterait d'avoir analysé l'*Iliade* et l'*Énéide*. Où est l'ensemble, l'ordre, la pensée, l'harmonie, la passion, le mouvement, la chaleur? Quoi donc! n'est-il pas dans le sang des principes qui échapperont toujours? N'est-il pas remué, agité, soulevé de moment en moment par les passions? La colère qui change en

poisons le lait et la salive, est-elle sans action sur le sang? N'est-il pas énervé par la castration qui en éteint le feu? En quoi diffère-t-il de lui-même avant et après la variole, avant et après le typhus et la fièvre jaune? Je n'ajouterai qu'un mot. Les sentiments et les idées, c'est-à-dire les seules réalités dont nous ayons la certitude, puisqu'elles sont nous-mêmes, n'ont aucune des propriétés de l'étendue. Elles n'ont ni forme ni couleur. La force qui les fait naître est inhérente au sang. Bien qu'elle ne s'exerce qu'avec et sur des parties matérielles, néanmoins cette force n'a rien de commun avec la matière, et ne sera jamais saisie par les réactifs. Les réactifs ne font que détruire ses ouvrages et en disperser les éléments. Elle seule crée, elle seule réunit, elle seule coordonne, elle seule organise; elle est le *mens* de Virgile; de Virgile qui, avant d'être un grand poëte, était un grand philosophe; et tant que cette force ne sera pas au pouvoir de l'homme, j'ose dire que les analyses que l'on tentera sur le sang n'en auront que l'ombre, n'en seront que de vains simulacres. Du reste, depuis plus de deux siècles, la couleur qui teint le sang occupe les esprits. Quelle en est la cause? Un principe particulier? Le phlogistique de Stahl et de Moscati? Le fer de Haller et de Menghini? Mais le phlogistique est un être de raison, et, selon Bourdois, le fer se retrouve dans presque toutes les matières animales. Est-ce une disposition dans les molécules du sang, un arrangement entre les globules découverts par Malpighi, décrits par Leuvenhoek, adoptés par Boërhaave? Hypothèse que Bourdois rappelle sans y croire. Se passe-t-il là quelques phénomènes d'interférence? On a vu du sang blanc, du sang bleu, du sang pâle et odorant comme le bouillon. La teinte rouge n'est donc pas pour le sang une teinte essentielle. Hier, la coloration du sang était due à l'hématosine découverte par Chevreul; mélange encore peu connu de fibrine, d'albumine et de peroxide de fer. Aujourd'hui, d'après deux chimistes étrangers, cette substance serait un acide, et cet acide serait dépourvu de fer : d'où l'on voit que la difficulté subsiste encore, au moins en partie. Quant à cette divinité cachée, mais réelle, mais sage et toute-puissante, que Bourdois fait intervenir et qu'on appelle force vitale, comment l'exclure, puisqu'elle est partout? C'est elle qui détermine et conduit en nous toutes les combinaisons; elle fait le sang; elle fait à plus forte raison le principe quel qu'il soit qui le colore, comme elle fait le poison de la vipère. Elle accommode ses actes à toutes les nécessités, même aux nécessités futures; elle change le sang de la mère pour la préparation de

ses deux laits; et comme le sang tire sa principale valeur de ses globes rouges, elle en charge le sang placentaire, afin de mieux nourrir et de mieux développer l'embryon : vues d'avenir et d'ensemble inconciliables, il faut l'avouer, avec physique, mécanique et chimie. Que la chimie cependant continue ses merveilles, mais que la physiologie n'oublie pas que rapporter la couleur du sang à l'action de la force vitale, c'est dire d'où elle vient, ce n'est pas dire ce qu'elle est.

Cette première thèse fut soutenue le 11 février 1777. Le 6 mars suivant, Bourdois soutint la seconde, la cardinale, sur une question d'hygiène. Il examine si pendant l'hiver il est dangereux de se tenir longtemps à l'ardeur d'un foyer; et par des raisons tirées, soit des avantages du mouvement et de l'exercice en plein air, même à une très basse température, soit de l'expansion que donne au sang un air sec et chaud, et de la fâcheuse impression qu'un tel air produit sur les poumons en les dépouillant de l'humidité qui leur est nécessaire, Bourdois se déclare pour l'affirmative. Ce qui frappe dans cette thèse, c'est la flexibilité d'esprit qui, d'une faute si légère en apparence, fait naître les maladies les plus graves : une fausse pléthore, et par suite des congestions cérébrales et pulmonaires, l'hyponchondrie, l'asthme, des digestions difficiles, un sommeil laborieux, des angines, des catarrhes suffocants, l'abaissement et la perte de la chaleur naturelle, comme le remarque Hippocrate; perte qui peut rendre mortelle la subite impression d'un froid extérieur. C'est que s'il n'est point en médecine de petites questions, il n'est pas non plus de petites fautes, et que le mobile équilibre qu'on appelle santé n'est que trop souvent détruit par le moindre choc.

Après ces deux premières thèses, de physiologie et d'hygiène, Bourdois soutint les deux dernières sur des points de pratique. L'une d'elles se rapporte à une maladie qui ne compte parmi nous, comme la peste, que treize siècles de durée; qui, comme la peste, nous est venue de l'Orient, de l'Arabie, a-t-on dit, mais qu'on a vue paraître spontanément, il y a quelques années, à la Nouvelle-Hollande, et qui, depuis près de trois mille ans, est connue à la Chine; bénigne dans le principe, et devenue féroce, qui le dirait? par des renversements de dynasties : tant les secousses politiques ont d'action sur la santé des hommes! Je veux parler de la petite-vérole, maladie dont l'étude approfondie serait, selon Bordeu, comme un cours complet de pathologie médicale; car tout ce que les autres affections peuvent offrir de régulier ou de bizarre en quoi

que ce soit, on le retrouve dans celle-là. Du reste, on sait avec quelle facilité se dénoue dans les organisations souples et perméables le grand drame que met en jeu la variole; et c'est sur ce principe que Bourdois, dans sa thèse, propose cette question : Les bains tièdes conviennent-ils dans la variole? Il s'appuie pour l'affirmative sur les usages de certaines contrées, l'Allemagne, la Hongrie, l'île de Java, sur l'exemple des plus illustres praticiens, sur l'autorité des plus savantes écoles. Cette méthode, toutefois, ne saurait être absolue. Bourdois y met de justes limites. Deux traits de cette thèse doivent rester dans la mémoire. Galien devinait les maladies à l'altération du teint; Pierre Frank, à l'attitude; Corvisart, à la physionomie; Théodore Zwinger, aux odeurs, à ces corpuscules invisibles qui sont dans le sang, que la chimie n'y saurait découvrir, qui n'ont de réactifs que nos nerfs, et produisent les effets quelquefois tout-puissants des petites forces. Chacun de nous, on le sait, a son odeur propre. Comme la femme qui allaite, les maladies ont aussi les leurs, spécialement le typhus et la variole. Un homme fait sur la tête une chute violente. Il a tous les signes d'un épanchement cérébral. On propose de trépaner. Gardez-vous-en bien, dit Vernage, je sens la variole qui va paraître. Elle parut, et le malade fut sauvé. Un jeune homme, plein de vigueur, perd tout-à-coup le mouvement et le sentiment; on le croit mort; on affirme qu'il a eu la variole : il l'aura tout-à-l'heure, s'écrie Thierry; et le matin du jour suivant la variole éclate. Comprend-on, du reste, qu'une maladie, quelle qu'elle soit, ait un début si violent et si brusque, et j'oserais presque dire si peu logique?

Auteur de ses trois premières thèses, Bourdois ne le fut pas de la quatrième. Composée en 1742 par Louis-René Dubois, elle avait été soutenue en 1774 par Sabatier; elle le fut en 1778 par Bourdois. Les thèses de l'ancienne Faculté fourmillent de ces sortes de plagiats ou de ricochets. Une thèse faite en 1769 par Bucquet servit à plusieurs récipiendaires. Caille, en 1772, reproduisit celle de Lebègue de Presle, qui avait paru en 1759; et dans la même année, Vicq-d'Azyr en soutint deux, écrites depuis longtemps, l'une par Linguet, l'autre par Guilbert. Que se proposait-on par ces emprunts! Était-ce économie de temps, ou un essai sur la diversité des esprits? Quoi qu'il en soit, cette thèse de Bourdois avait pour texte un sujet mixte, une question médico-chirurgicale sur les tumeurs : vaste matière à laquelle se rattachent tant d'affections de natures si différentes et même si contraires, comme on le voit dans le

traité de Galien, dans ceux de Plenck et de l'illustre Boyer, qu'on a peine à comprendre comment l'auteur primitif de la thèse a pris pour épigraphe et pour conclusion cette maxime, qu'une tumeur étant donnée, quelle qu'elle soit, l'art doit s'attacher le plus souvent à la résoudre. De l'aveu même de l'auteur, il est, en effet, des résolutions impossibles, il en est de très dangereuses; et dans les cas les plus favorables, les matériaux d'un phlegmon ou d'un érysipèle, remportés par l'absorption, peuvent allumer une maladie nouvelle et pire que la première. Dans le traitement des tumeurs tout est donc spécial, et la résolution n'en est souvent qu'une partie accessoire et suspecte.

Promu au doctorat, Bourdois fut fait médecin de la Charité; mais sa faible poitrine ne lui permit pas de faire longtemps le service de l'hôpital, et une hémoptysie violente et réitérée le contraignit à la retraite. Cependant ses lumières, son esprit, sa politesse, le firent connaître d'un prince de la famille royale; Monsieur, frère du roi, et depuis Louis XVIII, en l'attachant à sa personne, le nomma d'abord médecin du Luxembourg et du château de Brunoy, et créa pour lui la place d'intendant de son cabinet de physique et d'histoire naturelle. Monsieur faisait pour Bourdois ce que le duc d'Orléans avait fait pour Berthollet. C'est en usant ainsi de leur fortune en faveur du talent, et j'ajouterai du malheur, que les princes montrent qu'ils sont dignes de la posséder. En 1788, la tante de l'excellent roi Louis XVI, madame Victoire, nomma Bourdois son premier médecin, en survivance de Malouet. Que manquait-il à tant de prospérités? Mais cette prospérité fut aussi courte qu'elle avait été brillante. De sinistres événements se préparaient. Bientôt tout l'édifice social fut ébranlé. En remplaçant des abus par des ruines, on précipita violemment la chute de la monarchie, et un déluge de calamités se répandit sur la France. Bourdois fut enveloppé dans les premières disgrâces d'une famille auguste. Des courtisans de peuple ne lui pardonnèrent point d'avoir servi des princes; ils le jetèrent dans les cachots de la Force. Bourdois n'en fut tiré par le dévouement courageux de sa digne femme que pour se rendre à l'armée des Alpes, avec le titre de médecin de l'aile droite. A son arrivée, il voit l'armée entière en proie à un typhus qui n'épargnait personne. Soldats, médecins, chirurgiens, infirmiers, tout périssait. Les morts sans sépulture pourrissaient dans les salles. Sur-le-champ, malgré les murmures et les clameurs qu'étouffa sa fermeté, Bourdois fait enterrer profondément les cadavres; il

il est un secret pouvoir tout autre que celui d'un vulgaire intérêt. On s'accoutume à voir en eux la future grandeur de la patrie, et ce n'est jamais sans une vive douleur qu'on s'arrache à une telle espérance.

Sous la Restauration, la situation de Bourdois eut moins d'éclat, mais elle eut la même dignité. Ce qui prouve que la considération dont il jouissait ne tenait point à ses honneurs, c'est qu'il les perdit sans la perdre. Un changement de fortune n'éloigne que trop souvent les amis; il conserva tous les siens; il en eut même de nouveaux parmi les hommes éminents qui succédaient au pouvoir détruit. La paisible égalité de son humeur attachait ses serviteurs à sa personne; pas un ne voulut s'en séparer. Doux et humain pour les pauvres, il était rarement appelé par eux; et quand il l'était, il leur donnait tous les soins de la charité la plus tendre. Mais c'est principalement dans les classes élevées qu'il avait ses malades. Il les traitait non seulement avec une grande habileté, mais encore avec cette noble et affectueuse politesse qui leur inspirait le désir de l'avoir pour ami. Cette sorte de tact ou d'instinct qu'on appelle coup-d'œil médical, il l'avait au plus haut degré. Il distinguait tout d'abord entre les maladies celles où l'art de l'homme doit intervenir, d'avec celles qu'il faut abandonner à cet art divin qu'on appelle la nature, et dont la sagacité de Bourdois avait appris à connaître et à mesurer les ressources. Il portait dans toutes ses actions cette prudence qui exclut à la fois la faiblesse et la témérité; et comme son extrême politesse n'était qu'une extrême justice, et qu'il aimait surtout à la rendre à ses confrères; comme il n'avait ni les bassesses de l'envie, ni les petitesses de l'amour-propre, il n'était presque pas de grandes consultations où ses conseils ne fussent invoqués. Réuni à ses confrères, plein de déférence pour eux et s'identifiant avec eux, il ne cherchait comme eux que le salut du malade; il écoutait leurs avis avec attention, proposait les siens avec modestie, et lorsqu'après avoir balancé des deux parts les inconvénients et les avantages, on s'était arrêté à une solution, c'était presque toujours à Bourdois qu'était remis le soin de la notifier à la famille. Qu'elle qu'en fût la gravité, il avait l'art d'en adoucir l'impression; et dans les cas douteux ou désespérés, il savait, par les agréments de sa parole, ou soutenir les espérances, ou tempérer les craintes, ou consoler les douleurs.

Je ne puis m'arrêter, messieurs, sur un si beau caractère. J'y cherche des ombres, et je n'en trouve pas. Je dis plus. Ce grand air, ces manières si nobles et pourtant si naturelles qui le distinguaient parmi nous,

cette urbanité si prévenante que nous n'avons plus, cette affabilité si familière et si pleine de décence, n'étaient que les ornements de qualités plus précieuses et de vertus plus solides. Jamais homme n'eut pour sa compagne faible, infirme, et presque retranchée du monde, des ménagements plus délicats, des soins plus soutenus et plus touchants. Pures comme son cœur, jamais ses lèvres ne furent souillées par le mensonge, par le sarcasme, par la calomnie, par la licence, ou par des obscénités. La médecine était à ses yeux un sacerdoce qui rendait sacrés pour lui et les secrets et le repos des familles. Loin d'y porter la perturbation par le scandale, il n'y portait que des leçons et des exemples de sagesse, de pudeur et de bonté. Supposez que le Serment d'Hippocrate, supposez que son court Traité du médecin n'existent pas; Bourdois en eût puisé le texte dans son âme, et n'eût fait que mettre ses actions en précepte. Et ces actions, si je les rappelle avec tant de soin, c'est qu'aux yeux des hommes elles rendent la médecine plus sainte encore qu'elle ne le serait par les plus beaux ouvrages : c'est que l'art est moins servi par le talent le plus heureux que par une conduite irréprochable.

Lorsque l'autorité royale fonda votre Académie, un des premiers médecins qu'elle daigna y appeler fut Bourdois. Bourdois nous était en effet nécessaire. Il apportait parmi nous les traditions de l'ancienne faculté et les traditions de l'ancienne cour; je veux dire la noble élégance de celle-ci, la droiture, la loyauté, le savoir de celle-là. C'est de ces éléments que se composait son mérite personnel. Il a eu plusieurs fois l'honneur de vous présider, et cet honneur, il vous le rendait à vous-mêmes; car, dans sa personne, vous aviez alors à votre tête tout ce qui peut honorer la médecine. Malgré le très petit nombre de ses ouvrages, il est certain qu'à un goût très éclairé pour les arts, il joignait le talent d'écrire. Il en a donné la preuve, sinon dans la traduction du mémoire de Ruiz sur le krameria, du moins dans le rapport qu'il fit en 1835 à l'Académie sur la proposition de placer le buste de Corvisart dans le lieu de vos séances (1). C'est là que, dans un langage simple et châtié, il relève dignement les services rendus aux hommes par Corvisart, et qu'en rendant hommage à la générosité de ses sentiments, il fait voir toute l'élévation des siens. Il préparait un *Traité sur les passions*, c'est-à-dire sur ce qui remue tout le genre humain et change de moment en moment la face de

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, t. IV, p. 53 et suiv.

la terre. Dans les armées, dans les cours, dans le monde, il les avait vues naître et se développer sous mille et mille formes, grandes, petites; sublimes, misérables; nobles, honteuses; tendres, féroces; aimables, sombres et tragiques; innocentes, criminelles et terribles; objets de pitié, d'admiration, de dégoût, d'horreur; et l'on peut croire que les anecdotes singulières, que les pensées fines et profondes qu'il semait dans ses entretiens avec tant de charmes et de profusion, n'étaient que des fragments du livre qu'il avait dans l'esprit. Ce livre eût été, sans doute, comme ceux de La Chambre et d'Alibert, un bienfait pour la médecine et la philosophie. Mais quoi! les distractions, les affaires, ces milliers de riens sérieux qui forment le tissu de la vie humaine, ces riens ont emporté le livre, en emportant avec lui les loisirs et les années de l'auteur. Bourdois, en effet, vieillissait; il entrait dans sa quatre-vingt-deuxième année. Tout-à-coup, au milieu de cette vie délicieuse qu'il s'était faite, au milieu des artistes qui l'embellissaient, et des amis qui la lui rendaient si chère, il est pris d'un érysipèle violent à la tête; affection qui lui était familière et qui cette fois fut mortelle. Bourdois cessa de vivre le 7 décembre 1835. A cette triste nouvelle, l'Académie suspendit sa séance. Une députation choisie vint la représenter aux obsèques de celui qui l'avait si souvent présidée; et sur la tombe qui allait le renfermer pour jamais, une voix désolée, celle d'un ami de quarante ans, M. Collot, en rappelant avec simplicité les belles actions de Bourdois, rendit plus sensible encore la perte que venaient de faire la médecine et la société.

ÉLOGE

DE

J.-E.-D. ESQUIROL,

PAR M. PARISET.

LU DANS LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 17 DÉCEMBRE 1844.

C'est d'un maître, c'est d'un ami, c'est de mon cher Esquirol, que j'aurai aujourd'hui le douloureux honneur de vous entretenir; et si, dès le début de ce discours, je laisse éclater ma tendre vénération pour sa mémoire, c'est qu'une secrète voix me répond que j'ai des intelligences dans vos cœurs, et que mes paroles ne sont que l'expression de vos propres sentiments. Qui de vous, en effet, a pu connaître Esquirol sans l'aimer? Qui de vous n'a cent fois admiré la finesse et la solidité de son esprit? l'élévation et la loyauté de son caractère? les soins paternels qu'il prenait de ses élèves (1)? l'art qu'il mettait à développer leurs talents? la pitié qui l'animait pour la souffrance et le malheur? Et si vous avez été dans les secrets de sa bienfaisance, dites-nous si, dans les actes d'une vertu si touchante, il mettait une ombre d'ostentation, et s'il se prescrivait des limites? Sa générosité donnait sans réserve: homme excellent, dont les actions et les ouvrages ont honoré la France, et qui, pour nous rendre le sentiment de sa perte, dirai-je plus doux? dirai-je

(1) Esquirol a donné asile chez lui à MM. Georget, Leuret, Baillarger.

Il a fait voyager avec des malades, MM. Rostan, Deville, Londe, Lachaise, Falret, Anceaume, Calmeil, Bouttemote, Leuret, Moreau, Brandéis, Archambault, Baillarger, Desmaisons.

Il soldait à Charenton la pension d'un malade.

plus amer? nous a laissé dans son souvenir comme une leçon perpétuelle de droiture, de modération, de désintéressement et de bonté.

Jean-Étienne-Dominique Esquirol naquit à Toulouse, le 3 février 1772. Jean-Baptiste, son père, était négociant. Sa fortune, sa probité, l'estime publique, l'élevèrent, en 1787, aux honneurs du capitoulat; dignité que les événements réduisirent aux fonctions transitoires d'officier municipal. Charmé d'abord de la grande réforme que l'on faisait subir à la France, il en détesta bientôt les excès, et se tint dans la retraite. Quelques années après, l'imminence d'une disette le fit rappeler aux affaires, et sur la seule autorité de son nom, sur la seule foi de son crédit, les provisions arrivèrent, et les calamités de la famine furent conjurées. Le jeune Esquirol se destinait à l'église. Ses premières études achevées au collége de l'Esquille, ses parents le firent recevoir au séminaire de Saint-Sulpice, à Issy, pour qu'il y fît ce qu'on appelait sa philosophie. Une irruption révolutionnaire le chassa de ce saint asile, et le fit retourner à Toulouse, où il s'occupa de médecine. Son père était alors un des administrateurs du grand hôpital de la Grave. Là, Gardeil et Alexis Larrey étaient à la tête de la médecine et de la chirurgie : Gardeil, à qui la traduction d'Hippocrate et les récits de Diderot ont fait une si étrange renommée; Larrey, oncle de Jean-Dominique Larrey que nous venons de perdre, et qui devait un jour faire tant d'honneur à la France. A l'hôpital, Jean-Dominique était aide-major, et dans une école fondée par son oncle, il était professeur. C'est sous de tels maîtres, c'est avec de tels condisciples qu'Esquirol étudiait l'anatomie, la physiologie, les pathologies interne et externe, et la médecine opératoire. Aux dissections succédaient des expériences variées et curieuses, que les élèves suivaient et répétaient avec toute la chaleur de l'émulation. Esquirol se distinguait au milieu d'eux par la justesse et la vivacité de ses idées. Il étudiait en outre la botanique sous Picot Lapeyrouse, auteur de la *Flore des Pyrénées*. Esquirol le suivit plus d'une fois sur les pentes et sur les sommets de ces montagnes magnifiques.

Enfin, le moment vint où les deux amis durent se séparer. Larrey fit le voyage de Paris, d'où il fut envoyé à Brest et embarqué sur un vaisseau de l'État, pour l'Amérique du Nord. Muni d'une commission d'officier de santé pour l'armée des Pyrénées-Orientales, Esquirol se rendit à Narbonne. Il y passa deux années. Barthez y faisait la grande pra-

tique. Il vit Esquirol, et le voulut pour secrétaire; mais le fougueux Barthez avait souvent contre ses secrétaires les mêmes emportements que le prince de Conti avec les siens. Ce que fit Molière avec le prince, Esquirol le fit avec Barthez. Il n'accepta point. Il eut peur. Mais il eut une autre sorte de courage. Vous savez quel était l'esprit de ces temps malheureux. La férocité des réformateurs couvrait la France de tribunaux qui ne respiraient que le sang. Narbonne avait le sien, et ce tribunal était en permanence. Un avocat, le seul à peu près qu'on y voulût souffrir, plaidait en mauvais vers pour les prévenus, et les prévenus étaient condamnés. Révolté de cet odieux mélange de ridicule et de barbarie, Esquirol s'écria d'une voix émue : « Je saurais mieux défendre l'innocence! » Des femmes l'entendirent. Le mari de l'une d'elles allait être mis en cause. Elle conjure en pleurs Esquirol de parler pour ce malheureux. Esquirol consent. Le voilà devant le tribunal révolutionnaire. Inspiré par la justice et la pitié, Esquirol fait entendre cette fois un langage si incisif, si touchant et si nouveau pour les juges surpris et charmés, que le prétendu coupable est absous. Triomphe d'Orphée qui fléchit des tigres! C'est que les premiers avocats du monde sont le sentiment et la raison. Pour prix d'un tel service, on offrit de l'or à Esquirol. Cet or eût souillé ses mains et déshonoré sa belle action. Ce même service, il le rendit peu de temps après, dans sa ville natale, à un pauvre ouvrier qu'on accusait d'avoir pris un peu de fer dans les ateliers de la République. Chose étrange! qu'une fois maître des affaires, le peuple manque d'indulgence et par conséquent de justice pour lui-même; comme si, le cœur aigri contre tout le corps social, il ne goûtait dans l'exercice du pouvoir que le cruel privilége de nuire et d'opprimer à son tour.

Revenu parmi les siens, et affranchi de la réquisition, Esquirol se livrait à la littérature, aux mathématiques, à l'histoire naturelle, à la médecine. En l'an III, il se rendit comme élève du gouvernement, à Montpellier. En l'an VI, il eut deux seconds prix, en histoire naturelle. Cependant la fortune de sa famille diminuait d'un jour à l'autre, et il n'était pas l'aîné. L'exiguïté de son héritage le mettait dans la nécessité de songer à l'avenir, et de s'attacher à ses études, qui devaient le lui assurer. Il se décida sérieusement pour la médecine. On était en l'an VII. Il vint à Paris. Il était à son arrivée presque aussi pauvre que l'étaient à la leur, et Portal, et Vauquelin, et Pinel, et Dupuytren, et tant d'au-

tres, pour qui le travail a été le chemin de la gloire et de l'opulence. Une étourderie mit le comble à sa détresse. Dans les replis d'un court vêtement, il tenait cachée une petite somme en or que lui avait ménagée la tendre prévoyance de son père; ce vêtement n'était plus de service, il le jeta par la fenêtre, sans en retirer la somme: il l'avait oubliée. Il en écrivit à Toulouse, et demandait un supplément; on ne le crut pas: et le supplément n'arriva que plus tard. Toutefois, il ne perdit pas courage. Il se ressouvint d'un ami qu'il s'était fait au séminaire, M. de Puysieulx, lequel était l'instituteur d'un enfant que nous avons vu depuis à la tête des affaires, M. Molé. M. Molé demeurait avec sa mère à Vaugirard. Esquirol va trouver son ami: M. de Puysieulx le présente à madame Molé, qui l'accueille avec bienveillance, et lui donne une chambre dans sa maison. Le vivre et le couvert, voilà pour le présent; l'étude va faire le reste. Chaque jour, pendant deux années, Esquirol venait de Vaugirard à la clinique de la Salpêtrière, aux cours du Jardin des Plantes, aux leçons de l'École de médecine: rudes courses pendant les hivers; mais dans les autres saisons, un peu de pain et quelques fruits les rendaient charmantes: et par-dessus tout, des causeries avec Bichat, avec Schwilgué, avec Roux, avec Landré-Beauvais; hommes de lumières et de cœur, qui avaient de l'amitié pour Esquirol, et qu'à son tour Esquirol n'a cessé d'aimer et d'honorer toute sa vie; temps heureux de pauvreté, de travail, et d'espérance, dont les souvenirs charmaient encore les dernières années d'Esquirol.

A cette époque, florissaient à Paris deux cliniques qui se partageaient les élèves: la clinique de la Salpêtrière et celle de la Charité. Le chef de la première était Pinel, le chef de la seconde était Corvisart: deux hommes très différents de caractère et d'esprit, mais qui s'accordaient sur un point capital, celui de faire respecter tout ensemble, et leurs personnes, et leur profession, par des témoignages éclatants et publics d'une estime réciproque. Ce qui les élevait au-dessus de tout amour-propre, c'était la fermeté de leur raison, aussi bien que leur générosité naturelle, et peut-être encore le secret sentiment que chacun d'eux manquait de ce que possédait l'autre. Chose étrange, en effet! on eût dit que Pinel, formé à Montpellier (1), l'avait été à Paris: et que, formé

(1) Pinel était docteur de l'École de Toulouse; mais à peine reçu, il se rendit à Montpellier pour y perfectionner ses études.

à Paris, Corvisart l'avait été à Montpellier; tous deux également supérieurs; mais le premier devant plus au travail et à l'art: le second, devant plus à la nature; à cette nature, à cet instinct, qui sait sans avoir appris, selon la parole d'Hippocrate; ou qui, par la justesse et la rapidité de ses conceptions, semble se ressouvenir, selon la parole de Platon. Quoi qu'il en soit, Esquirol, engagé dans l'école de Pinel, devint bientôt l'élève favori du maître. Ce fut lui qui rédigea le traité de médecine clinique, dont la seconde édition parut en 1804. Jetez les yeux sur cet ouvrage; et par le nombre et la diversité des faits, par le bel ordre qu'ils ont reçu, par les considérations générales qu'ils suggéraient à l'esprit du maître, sur les questions les plus élevées de la médecine, vous jugerez que, dès son entrée dans la carrière, Esquirol avait acquis une expérience très étendue et très éclairée; car quelques faits bien étudiés sont comme autant de vérités qui en préparent une infinité d'autres. J'ajoute que Pinel enseignait ce que ne pouvait enseigner Corvisart. La Salpêtrière, comme l'hospice de Bicêtre, était affectée au traitement d'un genre de maladies qu'on ne voyait que transitoirement, ou plutôt qu'on ne voyait jamais à la Charité: je veux parler des maladies mentales; et c'est à l'étude de ces étonnantes maladies qu'Esquirol s'attacha de préférence. Un tel choix serait, j'ose le dire, une leçon pour les philosophes qui se proposent de pénétrer profondément dans la nature de l'homme. Sous les tranquilles apparences de la raison, dans le paisible cours des actes qui la caractérisent, l'observateur saisirait mal les secrets ressorts dont le jeu régulier la prépare, la forme, l'affermit, l'entretient. C'est quand ces ressorts se brisent, c'est quand ce jeu se déconcerte, en un mot, c'est dans les ruines de l'esprit que se découvrent sensiblement l'origine, l'enchaînement, la dépendance étroite et mutuelle de nos sentiments, de nos perceptions, de nos idées, de nos souvenirs, de nos jugements, de nos raisonnements, de nos volontés, de nos actions, c'est-à-dire de cette suite merveilleuse d'inventions et d'arts, que met au jour l'inépuisable industrie de notre entendement. C'est là, c'est dans ces débris que sont cachés les éléments essentiels de la science de l'homme, et par une conséquence nécessaire les vrais principes de l'éducation, ceux des lois civiles et criminelles, et je n'hésite point à le dire, ceux mêmes des gouvernement Triste condition de l'homme! il ne connaît son excellence que par ses infirmités! et pour apprendre quel est le prix de ses plus nobles attributs,

intelligence et liberté, il faut qu'il en perde l'usage! il faut que le maître de la terre ne soit plus le maître de lui-même!

Telle fut, je le répète, la direction que prit Esquirol : appelé dans cette voie, pour ainsi dire, et par l'étrange spectacle des maladies mentales, et par les traits de sagacité, d'humanité, de tendresse pour les malheureux, dont Pinel donnait chaque jour l'exemple à ses élèves, et j'ose ajouter aux médecins de toutes les nations : double attrait pour Esquirol; double aliment pour la bonté de son cœur et la curiosité de son esprit. J'ai parlé ailleurs des services qui ont rendu sacrée la mémoire du maître. Je rappellerai dans cet éloge ceux que la science et les hommes ont reçus du disciple et du successeur. Toutefois, Messieurs, avant de m'engager dans les ouvrages d'Esquirol, et pour en mieux apprécier la valeur, mon devoir serait peut-être de m'arrêter un moment devant cette question de la nature humaine, dont la grandeur et les difficultés ont tenté les plus beaux génies, et de remplir ainsi l'engagement que j'ai osé prendre dans l'éloge de Marc (1), de mettre à découvert dans celui-ci ce que je considère comme les véritables bases de notre entendement. C'est à quoi, Messieurs, j'ai appliqué toutes les forces de mon esprit, et ce travail est achevé. Mais un préliminaire de cette nature tiendrait dans cet éloge une place qui en romprait toutes les proportions et vous en cacherait les parties essentielles. J'ai donc réservé cette digression pour un autre lieu; et si votre comité de publication la juge digne d'un tel honneur, elle pourra figurer dans le recueil de vos Mémoires. Cette explication donnée, j'entre dans les travaux d'Esquirol; après quoi, je rappellerai les détails d'une vie si laborieuse, si utile et si exemplaire.

Esquirol a beaucoup écrit. Médecin de deux grands hôpitaux, il rencontrait chaque jour quelques unes de ces bizarres singularités qui caractérisent les maladies de l'esprit; et il en a tiré, non moins que de sa pratique particulière, un nombre presque infini d'observations. Membre de la Société de l'École et de celle du département, l'un des collaborateurs du *Dictionnaire des sciences médicales*, l'un des fondateurs de la *Revue médicale*, des *Archives de médecine*, et des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, il communiquait à ces sociétés, il insérait dans ces recueils si divers, des notes, des remarques, des arti-

(1) Voyez *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. X, p. 29.

cles, des mémoires, dont l'énumération serait aujourd'hui sans objet, puisqu'ainsi qu'on le peut voir dans la préface de son grand et dernier ouvrage, il a pris soin de rassembler ces mêmes matériaux dispersés pour les retoucher, les polir, les coordonner entre eux, et en former le traité qu'il a fait paraître en 1838, sous le titre suivant: *Des Maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. C'est de ce grand traité que je dois vous rendre compte. Je commencerai toutefois par vous entretenir d'un premier travail d'Esquirol, qui est comme le préambule de celui-là, mais qui lui est antérieur de trente-trois années. Je veux parler de la thèse inaugurale qu'il composa en 1805 pour obtenir le titre et la dignité de docteur en médecine, et s'assurer ainsi le droit d'administrer le bel établissement qu'il avait eu le courage de former.

Cette thèse roule sur les passions. L'auteur les considère comme causes, comme symptômes, comme moyens curatifs de l'aliénation mentale. Pour sentir toute la convenance de ses paroles, il serait nécessaire d'avoir une idée nette des passions, une idée nette de l'aliénation mentale. Or, ces deux points ne sont peut-être pas encore suffisamment éclaircis, du moins à l'égard des passions. Dans l'aliénation mentale, comme l'indique l'étymologie, l'homme n'est plus le maître de son entendement. C'est par là qu'il est devenu étranger à lui-même. Qu'est-ce à dire? que par l'emploi qu'il fait de ses sentiments et de ses idées, et par conséquent de ses volontés et de ses actions, qui en sont les suites nécessaires, il manque à sa destinée, qui est de se conserver, et de conserver son espèce. Ici, nous remontons à l'origine des devoirs qui lui sont imposés par le souverain Être. Si l'homme est né le plus faible, en revanche il est né le plus sociable de tous les animaux. C'est dans la société que Dieu a mis la force qui doit le protéger. C'est la société qui lui donne le jour, qui le défend, le nourrit, l'élève: c'est par elle qu'il vit, c'est pour elle qu'il doit vivre. Plus ce retour de services est entier, plus il est général, et plus la société fleurit, plus elle est ce que dit Aristote, la source et la réunion de tous les biens. C'est alors que les animaux, ou la servent, ou fuient devant elle, et lui abandonnent l'empire de la terre. Détruire la société par le fer, ou, ce qui est pire encore, par le poison des sophismes, est donc le plus grand de tous les crimes; la servir, au contraire, est le premier de tous les devoirs.

C'est dans l'accomplissement de ce saint devoir que consiste la vertu : la vertu, que je ne sépare pas de la raison, et qui n'est que l'exacte conformité de nos actions avec le bien public. Tout ce qui, dans nos institutions, dans nos lois, dans nos croyances, dans nos moindres actions, ne porte pas ce caractère sacré, est inutile, ou dangereux. Il suit de là que dire de l'homme qu'il est né faible, qu'il est né sociable, qu'il est né avec l'instinct de sa propre conservation, c'est dire que par cet instinct même il est né pour la vertu ; car, je le répète, de tous les moyens de conservation le plus infaillible, c'est la vertu ; elle est, si l'on veut, le premier de tous les intérêts. Intérêt, vertu, droit, devoir, quatre choses qui ont également leur source dans cet instinct de conservation, lequel est un ordre de la Divinité même. Un second ordre donné à l'homme, celui de transmettre la vie qu'il a reçue, et d'être entre les générations un lien de perpétuité, cet ordre prépare à l'homme le plus noble titre qui puisse l'honorer sur la terre, celui de chef et de père de famille. De là, de nouveaux droits, de nouveaux devoirs que l'homme n'exercera, que l'homme ne remplira que par des actions irréprochables. Ces actions supposent des volontés pures comme elles ; et ces volontés, à leur tour, supposent les idées les plus justes et les sentiments les plus droits. C'est alors que l'homme touche à la perfection pour laquelle Dieu l'a fait ; c'est alors qu'il accomplit, par sa volonté, la volonté du Créateur, et qu'il trouve dans son obéissance toute la plénitude de sa liberté ; car, prise dans son acception la plus élevée, la liberté n'est que le pouvoir d'être juste. C'est alors enfin que l'homme est maître de son entendement ; maître de ses sentiments, de ses idées, de ses volontés, de ses actions, et finalement de sa destinée. Rompre un si bel accord, j'ai presque dit une société si parfaite, c'est rompre avec lui-même ; c'est abdiquer son être propre ; c'est de maître se faire esclave, et devenir étranger à lui-même, c'est-à-dire aliéné. Mais comment se fait cette rupture ? On parle de péché originel. Ce péché est dans le système de choses dont nous faisons partie. Mille sources de maux sont ouvertes au-dedans de nous-mêmes et hors de nous, qui ne tarissent jamais ; et l'une des principales causes de nos désordres intellectuels et moraux, ce sont les passions, comme le dit Esquirol. Toutefois, quelle idée attacher à ce mot ? Des centaines d'écrivains se sont occupés de cette matière, et l'ont laissée jusqu'ici dans une sorte de confusion. C'est qu'en

effet les passions sont en nous liées à tant d'éléments de nous-mêmes, qu'il est presque impossible d'y porter toute la rigueur et toute la netteté de l'analyse. Me pardonnerez-vous, sur ce point, quelques remarques? Toute passion est un sentiment énergique; et tout sentiment de cette nature n'est en définitive qu'une volonté forte, permanente, exclusive. Ce sont là des choses que l'on ne peut pas séparer, parce qu'elles sont presque identiques. Chercher l'origine de nos passions, c'est donc chercher l'origine de nos sentiments; et cette recherche nous ferait remonter jusqu'aux premiers moments, ou plutôt jusqu'aux premiers vestiges de notre formation, si ces premiers vestiges étaient saisissables. Il faut, en effet, se mettre dans l'esprit que, par la nature et l'arrangement des matériaux dont il se compose, et d'où résulte le tempérament, aussi bien que par la secrète, par l'incompréhensible influence des deux êtres qui lui ont donné la vie, et d'où résultent les transmissions héréditaires, chacun de nous, en venant au monde, apporte en lui-même, avec l'amour de sa conservation, des inclinations, des penchants, qui ne sont peut-être que des modifications de ce sentiment primitif, mais qui sont autant d'impulsions à agir déterminées par avance, et, tranchons le mot, autant de volontés toutes faites: volontés irréfléchies, mais réelles, et j'ose ajouter toutes-puissantes; car elles marqueront de leur caractère propre toutes les volontés ultérieures et toute la suite des actions. De là naissent entre les hommes, d'un côté cette inégalité qui rend la société nécessaire, et de l'autre ces aptitudes, ces talents, qui, développés dans de justes limites, seront un jour l'ornement, le charme, l'appui de la société; ou qui, par leur excès ou par leurs tendances funestes, en peuvent être l'opprobre et la ruine. Il est, en second lieu, des sentiments qui s'attachent à nos sensations simples et à nos souvenirs, et qui, par l'attrait qui leur est propre et par la répétition, se tournent aisément en habitudes et en véritables passions. Il est enfin des sentiments d'un ordre plus élevé: ce sont ceux qui naissent de notre intelligence elle-même, ou des vues de notre esprit. Qu'un homme juge, par exemple, que le souverain bonheur est dans le diabolique plaisir de commander aux hommes: ce jugement, cette vue de son esprit lui met dans le cœur un sentiment, une volonté, une passion violente, l'ambition, qui fait de lui pour ses semblables le plus dangereux de tous les êtres. Un autre juge, au contraire, que la bienveillance des hommes est pour lui un trésor inépuisable de protection

et de sûreté, et cette vue intellectuelle suscite en lui la volonté de mériter cette bienveillance par la sienne, et ce sentiment fait de lui un être social par excellence. Que si, par l'examen de ses propres actions, un homme en tire le jugement qu'il est digne de réprobation, et qu'il s'est attiré justement le mépris, la haine, la malédiction des hommes, de ce jugement, de cette vue de son esprit sort un sentiment vengeur et cruel, celui du repentir, celui du remords qui le déchire, comme le vautour déchirait Prométhée. C'est sous ces couleurs que Tacite (1) peint les anxiétés des tyrans; des tyrans dont l'âme, dit l'éloquent historien, est toute couverte de contusions et de plaies. Pour que le remords soit, comme la terreur, une véritable passion, qu'y manque-t-il ? que le nom. La terreur, ai-je dit; car la terreur s'allie au remords; et c'est ce mélange qui suscite dans l'esprit des visions sinistres, des spectres, des images menaçantes et vengeresses. Néron n'eut de rêves de cette nature qu'après le meurtre de sa mère. Il est même de simples idées qui ont été, parmi les hommes, le principe de sentiments affreux, de passions ou de volontés, et de calamités effroyables; idées abstraites, reçues sans examen, par autorité, mal comprises, et conservées toute la vie dans cet état d'imperfection, comme le dit Condillac. Et sans parler de tant de dogmes absurdes, et de tant d'odieux fanatismes, qui ont versé le sang des hommes, qui ont empoisonné Socrate, qui ont brûlé Servet, et qui, encore aujourd'hui, mettent le feu au bûcher de l'Indou, ou le précipitent sous le char de ses idoles pour qu'il en soit écrasé; sans parler de ces jugements faux, de ces erreurs qui ont changé si souvent la face des sciences et nourri tant d'aigreurs entre les sectes, je m'arrêterai à ces idées si familières parmi nous, et pourtant si mal définies, de droit, d'égalité, de liberté, qui de nos jours remuent comme un ferment une grande partie du genre humain, et qui ont produit sous nos yeux des catastrophes sanglantes et de si déplorables infortunes, que, si je ne craignais d'en adoucir l'horreur, j'oserais presque dire, qu'à peu d'ex-

(1) « Quin imò principes ipsi adeò facinora atque flagitia sua in supplicium vertunt : ut, » si recludantur eorum mentes, possint aspici laniatus, et ictus, quando, ut corpora ver- » beribus, ita sævitiâ, libidine, malis consultis animus dilaceretur. » (*Annal.*, lib. vj, § vj.)
Voilà aussi ce que Socrate avait dit à Platon. *Voyez* le 9e livre de la République.

ceptions près, les révolutions ne sont que des indigestions d'idées (1); ou, si vous l'aimez mieux, de véritables aliénations; d'autant plus dangereuses, comme les guerres de religion, que les erreurs qui les provoquent, que les passions qui les allument sont plus aveugles, plus profondes, plus violentes et plus générales.

Comme vous le voyez, Messieurs, les jugements humains sont très divers. D'où vient cette diversité ? Le monde extérieur étant le même pour tous les hommes, tous les hommes, quelle que fût leur situation, en tireraient les mêmes idées, les mêmes jugements, les mêmes sentiments, les mêmes volontés, et par conséquent les mêmes actions, s'ils étaient eux-mêmes exactement identiques, et si, dans les combinaisons de leurs idées et dans la formation de leurs jugements, ils n'étaient en secret conduits par ces dispositions, par ces penchants, par ces impulsions ou ces volontés instinctives, qui dès l'origine font partie d'eux-mêmes et ne les quittent jamais. Ainsi, la vue de l'esprit qui a inspiré l'ambition sera elle-même inspirée par un orgueil instinctif et irréfléchi; en d'autres termes, l'orgueil inné sera le principe de l'ambition raisonnée. L'homme né généreux sera libéral, comme l'était Esquirol. L'homme uniquement occupé de l'amour de lui-même sera dominé par la vile passion de l'avarice, ou par la passion basse de l'envie. De deux hommes enveloppés dans la même injustice, l'un aura dans le cœur tout

(1) Pour justifier ces paroles, dont quelques esprits se sont offensés, il me suffirait de citer le passage suivant, extrait d'un manuscrit de Sieyès que j'ai sous les yeux :

« Tous ceux qui savent leur Assemblée constituante, en 1789 et 1790, n'ignorent pas » que les faiseurs, pris au dépourvu, furent réduits à recevoir sous dictée ce qu'on voulut » bien leur apprendre. Mais bientôt ils se crurent maîtres, et Dieu sait comme ils brouil- » lèrent et gâtèrent tout; il fallut se réfugier dans le silence..... »

Ne pas comprendre une chose, et agir en conséquence de cette chose, n'est-ce pas s'exposer à commettre les fautes les plus graves? Très peu d'hommes ont, en effet, des idées nettes de droit, de souveraineté, de loi, de vérité, de raison, de liberté; et à propos de liberté, j'ose croire que qui l'eût bien comprise, ne lui aurait jamais sacrifié, non seulement une famille auguste, dont le chef ne respirait que pour le bonheur du peuple, mais encore des philosophes non moins augustes, un Bailly, un Malesherbes, un Lavoisier, etc.; et des écrivains si dignes de respect, un Roucher, un André Chénier, etc.; pas plus que l'homme qui aurait eu dans le cœur le sentiment ou l'idée de la vraie religion, n'eût fait d'auto-da-fé, ni de Saint-Barthélemy.

Tremper ses mains dans le sang! à quoi bon? Nécessité, a-t-on dit! quel sacrilége! quel outrage à la liberté!

le feu de la vengeance; l'autre sera patient et résigné. Ainsi de suite pour les autres qualités morales et primitives, lesquelles interviennent si réellement dans nos actions, et par conséquent dans les volontés, dans les sentiments, dans les jugements de notre esprit, que ce sont elles qui en marquent le caractère, et ce caractère peut être encore celui de la passion. Ce sont là du reste des vérités connues sur lesquelles je ne dois pas insister. Mais puisque nous avons des volontés d'origines différentes, les unes instinctives et les autres raisonnées, c'est-à-dire liées comme effets nécessaires et par l'intermédiaire des sentiments, celles-ci à des actes de l'esprit, celles-là à des mouvements intérieurs, il s'ensuit que nous pouvons éprouver à la fois deux volontés, et il se peut que ces deux volontés soient contraires. C'est de la coexistence de ces deux volontés que résulte l'*homo duplex* de Buffon, l'homme double de saint Paul et des philosophes, et dont Socrate lui-même, le divin Socrate nous a donné l'exemple. Cet exemple et la conduite que ce philosophe tint avec lui-même est une des plus précieuses leçons qu'aient jamais reçues les hommes. Socrate était né vicieux. Qu'est-ce à dire? qu'il avait apporté dans sa propre chair un sentiment, une impulsion, une volonté, une passion abjecte. Il la sentit, il la jugea, il en vit toute l'indignité; et cette vue suscita dans son âme un sentiment de honte, de crainte, d'horreur, et de là une volonté de lutte qui le fit triompher de lui-même. Cet exemple, ceux que j'ai cités précédemment, ceux que produit Esquirol dans sa thèse, mettent, j'ose le dire, sous vos yeux le principal secret du grand art d'élever les hommes, et même de traiter les maladies mentales; car le traitement des aliénés n'est, à proprement parler, qu'une éducation, laquelle ne diffère de toutes les autres que par les difficultés extrêmes dont elle est hérissée, et par la nécessité pour le médecin de déployer toutes les ressources de l'esprit le plus sagace et le plus inventif, toutes les bontés du cœur le plus tendre et le plus compatissant. Ces difficultés, toutefois, Esquirol en donne en partie la solution dans sa thèse. Il fait voir que, pareilles à la lance d'Achille, les passions guérissent le mal qu'elles font; avec cette différence qu'elles ne guérissent que parce qu'elles sont contraires, et que tout le merveilleux de l'art est de savoir les opposer l'une à l'autre, comme le veut Celse. Mais dans cette prodigieuse variété de formes qu'affecte l'aliénation, et au milieu de tant d'incidents imprévus qui en traversent la marche, qu'un tel art demande de réserve, de finesse et de tact! Qu'ici les mé-

prises sont faciles, et qu'elles sont dangereuses! C'est là ce qui saisit le cœur à chaque récit que fait Esquirol : car pour autoriser ce qu'il avance, il a pris soin de multiplier les observations. Il est du reste des points de doctrine que je dois négliger en ce moment : par exemple, sur les préludes de l'aliénation, sur l'odeur qui la manifeste, et qui suppose dans toutes les parties de nous-mêmes des altérations toutes spéciales (1); sur les crises qui la terminent, sur les soins qu'exige la convalescence, sur le danger des rechutes et les heureux effets de l'isolement : toutes questions auxquelles va nous ramener l'examen du grand ouvrage. Je terminerai sur celui-ci par quelques remarques. Les passions, dit Esquirol, appartiennent à la vie organique; elles siègent dans l'épigastre : c'est là que porte leur impression. Qu'entendre par ces paroles? Qu'un nerf sensitif soit blessé dans notre intérieur, si ce nerf est isolé du cerveau, la douleur est nulle; elle est vive, au contraire, si le nerf communique avec le cerveau. C'est donc le cerveau qui perçoit l'impression et qui en fait de la douleur, de la même façon que l'oreille ébranlée par les vibrations de l'air convertit en son cet ébranlement : car le son n'est point dans l'air; l'air n'est qu'agité, et le son est une création de l'oreille ou du cerveau. De même, que l'état de nos viscères soit altéré, le cerveau en recevra l'impression, et il fera de cette impression un sentiment, une souffrance, un malaise, une inquiétude; l'âme en aura la conscience, sans qu'il nous soit à jamais possible d'assigner à cette impression, à ce sentiment, à cette conscience, le lieu précis ou le siége qu'elle occupe dans le cerveau. Ici le langage médical répond mal au phénomène, parce que le phénomène est lui-même plein d'obscurité. En second lieu, quand la proposition d'Esquirol serait vraie pour certaines passions, elle ne le serait pas pour beaucoup d'autres, et, par conséquent, elle est beaucoup trop générale. La passion du beau, la passion du vrai, la passion des arts, la passion de la vertu et du bien public; ces passions des grandes âmes, d'un Socrate, d'un Platon, d'un Marc-Aurèle, d'un Épictète, d'un Fénelon, d'un Franklin; ces nobles passions tout intellectuelles n'ont rien à démêler avec nos viscères intérieurs, ni avec les passions qui en dépendent, si ce n'est pour les combattre et en briser le joug.

(1) J'ai vu à Bicêtre un épileptique qui, au début de chaque accès, remplissait sa cellule d'une odeur tellement insupportable que personne n'osait en approcher.

A l'égard des transmissions héréditaires, Esquirol affirme n'avoir jamais vu d'aliénation qui n'en eût quelque trace. C'est qu'en effet tout en nous est héréditaire; et s'il est des familles où la petite vérole est toujours mortelle; d'autres où semblent se perpétuer certaines maladies, la goutte, la phthisie, le calcul, et jusqu'à des affections viscérales; il en est également où, à une période déterminée de la vie, la raison de leurs membres chancelle et se déconcerte. On a sur ce point des exemples effrayants. Il n'est pas d'âme si bien réglée, dit Aristote, qu'elle n'ait quelque teinte de folie. Le père donne à son enfant ce qu'il a reçu; et le mal, se propageant ainsi de génération en génération, prend quelquefois tous les caractères d une véritable endémie. Petit, cité par Esquirol, l'a vu dans les environs de la capitale, et Xénophon dans le voisinage du Pont-Euxin. Voyez dans l'*Anabase* ce qu'il raconte des Mossynœques (1). C'est par la même voie que les habitudes d'un peuple deviennent les habitudes de sa postérité. Il est des peuples qui lèguent à leurs descendants comme un patrimoine de mansuétude, de justice et de bonté: tandis que Rome, endurcie au carnage des nations par sept siècles de guerre, Rome n'a plus enfanté contre elle-même que des monstres de cruauté. Enfin Esquirol déclare que jamais l'enfance n'est atteinte de folie. Marc, dans son dernier ouvrage, expose avec beaucoup de détail un fait absolument contraire; et sans doute Esquirol oubliait alors, ce qu'il n'a pas oublié plus tard, savoir: qu'on a vu plus d'une fois des enfants pâlir, sécher, et mourir de jalousie.

A la suite de sa thèse, Esquirol avait placé quelques unes de ces maximes d'Hippocrate, quelques uns de ces aphorismes qu'on ne relit jamais sans une sorte de respect religieux. Je n'en rappellerai qu'un seul. « Si

(1) Voyez l'*Anabase*, ou *Retraite des Dix Mille*, liv. 5, ch. IV, à la fin.

« Les enfants des riches Mossynœques sont nourris d'avelines bouillies. » (On a traduit κάρυα par châtaignes, mais il s'agit ici des κάρυα ποντικα. V. Dioscorides, et André de Laguna.) « Ces enfants ont la peau très délicate et très blanche; ils sont presque aussi gros » que grands; ils ont le dos bariolé de couleurs diverses; et par-devant, ils ont des tatouages » qui représentent des fleurs.

» L'armée n'avait jamais rencontré d'hommes plus barbares et plus étrangers aux mœurs » de la Grèce. Les Mossynœques font en public ce que les autres hommes ne font qu'en se- » cret, et ce qu'ils n'oseraient faire s'ils étaient vus. Sont-ils seuls, ils se conduisent comme » s'ils étaient assemblés; ils se parlent à eux-mêmes, ils rient, se lèvent, dansent et sautent » comme s'ils avaient des témoins. »

» des varices ou des hémorrhoïdes surviennent à des maniaques, la manie » s'évanouit. » Je ne m'arrête point aux hémorrhoïdes. On en connaît les dangers, si elles sont excessives; et les bienfaits, si elles sont modérées. Mais des varices! de simples dilatations de veines! mais un peu de sang retenu, stationnaire, prisonnier, circulant à peine, ou même soustrait à la circulation, comme il l'eût été par une saignée! Conçoit-on que la manie, c'est-à-dire une affection le plus souvent opiniâtre, le plus souvent rebelle à tous les médicaments, même à la saignée, comme le dit Hoffmann, cède si facilement à ce faible appareil, à l'élargissement de quelques veines, à une sorte de saignée intérieure, en général très modique? Est-ce donc par sa quantité que ce sang était si nuisible? N'est-ce pas plutôt parce qu'en le concentrant ainsi dans un point limité de notre économie, la nature y concentre avec lui des principes vénéneux et mobiles? comme elle le fait dans les abcès critiques, dans les oreillons, dans les bubons syphilitiques et pestilentiels; comme elle l'a fait dans les expériences de Boyle et de Bichat; et finalement comme elle le fait par les métastases; par ces transpositions si admirées de Baillou? Je suppose que les varices ne sont point l'effet d'une compression mécanique, mais un acte spontané de cette puissance conservatrice à laquelle le sage Boërhaave a donné le nom de bienfaisante volonté de notre propre machine. A l'égard des hémorrhoïdes, elles sont comme les passions: elles font le mal qu'elles préviennent ou qu'elles guérissent. Des hémorrhoïdes supprimées, la manie éclate. L'Alcipe d'Hippocrate en est un bel exemple.

La thèse sur les passions eut le plus grand succès parmi les médecins, et même parmi les gens du monde. Elle est encore aujourd'hui fort recherchée. On la traduisit en anglais. Elle fit plus pour la réputation de l'auteur, dans toute l'Europe, que les guérisons qu'il obtenait dans son établissement, déjà fort estimé du public. J'ai parlé de cette thèse avec quelque étendue, parce qu'Esquirol lui-même y a pris le texte de beaucoup d'écrits ultérieurs, et qu'elle est, je le répète, le préambule du grand ouvrage dont je dois maintenant vous entretenir. Vous l'avouerai-je, Messieurs? je m'effraie de ma tâche. Cet ouvrage est si plein, il renferme des détails si nombreux, des faits si variés, si bizarres, si peu cohérents, ils conduisent à des remarques si diverses, à des conclusions si peu uniformes, et même en apparence si contraires, que ne pouvant tout vous dire, et souhaitant ne rien vous taire, mon esprit dans

cette alternative reste indécis. Le jugement est difficile, a dit Hippocrate dans le premier de ses aphorismes. Il dit ailleurs : « La médecine n'a » point et ne saurait avoir de doctrine immuable. Comme les choses » changent, elle doit changer avec elles, et souvent, pour le même » sujet, passer d'un contraire à l'autre. » Que ces paroles servent à justifier les prétendues variations d'Esquirol et mon propre embarras! qu'elles servent surtout à me concilier votre indulgence! J'entre en matière.

Le premier volume s'ouvre par un tableau général de la folie. Les figures de ce tableau sont pleines de vie et de mouvement; mais la rapide succession, aussi bien que la multitude et l'étonnante variété de ces tristes images, ne nous offrirait que le plus confus de tous les spectacles, si l'auteur ne prenait soin d'arrêter notre attention sur une suite de points qui en partagent les scènes, pour ainsi dire, et leur donnent dans l'esprit plus d'ensemble et de fixité. Ces points portent sur les symptômes, sur les causes, sur la marche, sur les terminaisons de la folie, et finalement sur les principes généraux du traitement.

Que dire à l'égard des symptômes, ou de ce concours d'accidents extérieurs par lesquels la folie se manifeste? Comme la perfection de la raison humaine ne suppose entre nos sentiments et nos idées qu'une seule convenance, un seul arrangement, un seul ordre, il est clair qu'un trouble, quel qu'il soit, dans un tel ordre, est un trait, un signe de folie : indifférent et faible, s'il est unique; plus sensible et plus grand, s'il embrasse un certain nombre d'idées et de sentiments; complet et déplorable, s'il en embrasse la totalité. Énumérez maintenant toutes les idées et tous les sentiments dont se compose notre système intellectuel et moral, et au lieu de les maintenir dans les rapports naturels ou dans l'arrangement qui constitue la raison, prenez-les pêle-mêle, jetez-les dans une urne, agitez cette urne en mille sens divers; puis faites-en sortir deux à deux, trois à trois, ainsi de suite, tous ces éléments ainsi confondus, et tenez pour certain que chacun de ces groupes retiré de l'urne au hasard sera l'expression ou le tableau d'une aliénation. Et ne prenez pas, Messieurs, ces paroles pour une vaine fiction. Cette urne, c'est nous-mêmes; c'est dans nous qu'une main fatale opère ces incroyables renversements où rien n'est plus où il doit être; où les rapports naturels des choses sont rompus et remplacés par des rapports, par des liens qui semblent forgés par une puissance ennemie; où l'aversion, la haine, la fureur se substitue

aux affections les plus tendres; la peur, l'abattement, le désespoir, à la confiance et au courage; où les sens mêmes, la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher, sont assiégés de mensonges, et suscitent dans notre âme les représentations les plus chimériques, les jugements les plus faux, les sentiments les plus pervers, les volontés les plus redoutables, et d'autant plus irrésistibles, qu'elles ne sont plus réfléchies. Le nombre de ces aberrations malheureuses dépassera toujours, j'ose le dire, toutes les combinaisons que formerait en ce genre l'invention la plus féconde; car, en bien comme en mal, la nature fait toujours infiniment plus que l'homme ne peut imaginer.

Passons aux causes. Où sont-elles? Partout, vous répond Esquirol: dans nous, hors de nous; soit qu'elles préparent la folie, soit qu'elles l'aggravent ou la consomment; et les conditions primitives de notre économie; et les évolutions qu'elle subit dans les deux sexes; et tout ce qui la touche pour en réparer les défaillances; et l'air, qui est le premier des aliments; et l'humidité, le froid, la chaleur; et par conséquent les climats et les saisons; la nourriture proprement dite; le voisinage et l'eau bourbeuse des marais, comme le dit Hippocrate; certaines localités, comme la ville de Douai; un changement d'état, de lieu, de situation, d'habitudes; le travail de corps et d'esprit, conséquemment la profession, laquelle, dit Camper, est une sorte de climat artificiel; l'oisiveté elle-même, l'oisiveté, mère de l'ennui et des mauvaises pensées; l'extrême inégalité des fortunes; les excès de la misère et de l'opulence; la pléthore et l'inanition; l'éducation, c'est-à-dire les leçons que donne le monde ou que donnent les maîtres, et qui, favorables ou contraires aux penchants originels, les affermissent ou les étouffent, comme on l'a vu, non dans l'élève de Sénèque, mais dans l'auguste élève de Fénelon. Des préceptes, quels qu'ils soient, inculqués, en effet, de très bonne heure dans les esprits, et fortifiés par la répétition, à plus forte raison par l'expérience, deviennent des jugements habituels; et le propre des jugements habituels est de se transformer en sentiments énergiques, en volontés vives et permanentes, en véritables passions; passions heureuses ou funestes, soit pour les individus, soit pour les peuples, selon la qualité des jugements dont on les fait sortir. C'est ainsi que se forme un fanatisme, et que se formerait une raison, l'un et l'autre invincibles. Viennent ensuite les passions dont j'ai parlé, ou plutôt les émotions morales, tout ensemble salutaires et mortelles: la crainte, la frayeur, la colère; le ressenti-

ment d'une injure; ce ressentiment qui a mis sur le théâtre les fureurs d'Ajax et celles de Médée; ou bien ces sourdes peines de l'âme que nourrissent des discordes domestiques; ou cette terreur dont on a fait parmi nous un instrument politique; l'instabilité, la dureté des gouvernements et des lois; des restes de maladies; l'usage inconsidéré de certains médicaments; des rêves même qui, conçus la nuit, persistent dans l'état de veille et remplissent tout l'esprit, comme il est arrivé à Spinosa, et comme je l'ai vu plus d'une fois. J'abrège, Messieurs, et je ne m'exprime qu'en termes généraux. Les preuves de détail, les comparaisons, les rapprochements, les statistiques sont dans l'auteur, et je dois vous les épargner. Je ne parlerai pas non plus de ce vice caché qu'a signalé Tissot, qui détériore profondément l'organisation, et en efface tous les nobles caractères qu'avait imprimés le Créateur; ni d'un autre abus plus général, plus populaire, mais non moins dangereux et non moins avilissant: l'abus du vin, et surtout l'abus des esprits. Ces liquides renferment en eux des principes volatils qui ne s'assimilent jamais à nous-mêmes, et qui, diffus dans le tissu de nos organes, portent sur les extrémités nerveuses une irritation, et comme une morsure, qui, ressentie par le cerveau, allume dans cet organe une colère habituelle, une fureur aveugle qui éteint la raison et tous sentiments humains, et fait ainsi tomber l'homme au-dessous de la brute. Plût au ciel que les vives peintures de ces ignominies fissent sur nous la même impression que les ilotes ivres sur les jeunes Lacédémoniens! La liste des causes n'est pas épuisée, Messieurs, mais je la clôrai par ces paroles: tout nous ôte et tout nous rend la raison; témoin le charpentier d'Arétée; témoin cette famille dont parle Geoffroy, qui, pleine de sens et de calme dans une chambre de son appartement, devenait furieuse dans une chambre toute voisine: elle y respirait des molécules de poison.

Je ne m'arrêterai, Messieurs, ni à la marche, ni à la terminaison, ni au pronostic de la folie, ni à la mortalité qui en est quelquefois la triste suite. A l'égard du traitement, je n'en dirai que deux choses. La première, que pour remplir comme il le doit ses fonctions, un médecin d'aliénés ne saurait avoir ni trop d'âme ni trop d'esprit: d'âme, pour entrer dans celle des malades, et la fléchir à souhait vers la raison et la bonté; d'esprit, pour ne jamais choisir que les plus sages méthodes, et en exclure toutes les pratiques et toutes les nouveautés inutiles ou dangereuses. La seconde, c'est que, jusqu'ici, les guérisons ont toujours été plus rares en

Angleterre qu'en France; vérité constatée par la première de toutes les autorités, celle des chiffres.

La thèse sur les passions était, ai-je dit, le préambule du grand ouvrage. Le mémoire sur la folie dont je viens de rendre compte est lui-même le préambule des mémoires ou des traités subséquents. Toutes ces extrêmes variétés de folie sont, en effet, ramenées par Esquirol aux quatre classes, ou, comme il le dit, aux quatre formes suivantes : 1° la manie, où le trouble intellectuel est général, et marqué par une vive excitation; 2° la monomanie, où le trouble n'est que partiel, et où domine un sentiment de gaieté, une passion expansive; 3° la lypémanie, qui répond à la mélancolie des anciens, et qui ne diffère de la précédente que par la nature du sentiment qui prédomine, et qui est un sentiment de tristesse ou d'abattement; 4° enfin la démence, laquelle a pour caractère l'incohérence entre les idées ou entre les propositions, ou tout à la fois entre les propositions et les idées.

Esquirol donne un cinquième rang à l'idiotisme, ou à l'idiotie. Mais l'idiotie est plutôt une infirmité qu'une véritable aliénation; infirmité à laquelle peuvent s'associer toutefois les sentiments de joie, de tristesse, de fureur, également insensés.

Je reviens aux quatre formes établies ou plutôt adoptées par Esquirol, car elles appartiennent originellement à Daquin et à Pinel. Souvent ces quatre formes se changent l'une dans l'autre, elles se succèdent, elles se remplacent; et ces métamorphoses autoriseraient à penser qu'elles ne diffèrent que par l'extérieur, et qu'elles ont un fond identique. J'ajouterai qu'il est des aliénations intermédiaires qu'il serait presque impossible de ranger dans l'une ou l'autre de ces classes, et de rapporter à celle-ci plutôt qu'à celle-là. Quoi qu'il en soit, c'est ici le lieu de rappeler ce que dit Esquirol, savoir, que sous ces quatre formes, il en existe une autre dont le principe les a précédées, et qui donne à chacune d'elles un cachet spécial, une physionomie plus particulière encore et plus individuelle. Je m'explique. Un homme, ou, si vous le voulez, une personne morale n'est en réalité qu'un assemblage, ou une association d'enthymèmes, comme le dit Aristote, c'est-à-dire de pensées et d'habitudes qui dorment en elle comme des souvenirs, mais qui, au moment d'une action, se réveillent pour régler ses déterminations. C'est ce fond qui constitue le moral proprement dit, et qui dans l'homme le plus prudent et le plus dissimulé s'échappe toujours par quelque porte, par l'éclat des yeux, par

les traits du visage, le ton de la voix, l'attitude, et jusqu'au moindre geste ; il parle même par le silence. C'est ainsi que le cœur s'ouvre sans y songer, et que Marlborough surprit tous les secrets de Charles XII (1). Ce fond se forme, nous l'avons vu, par le tempérament, par l'éducation publique, par l'éducation particulière, la situation personnelle, la profession ; et quand l'aliénation survient, c'est de ce fond qu'elle emprunte ce caractère singulier, j'ai presque dit la couleur qui la distingue. La manie d'un homme de guerre ne sera pas la manie d'un négociant ni d'un artiste ; et sans m'arrêter aux autres, je rappellerai ces siècles religieux où, comme l'a dit l'histoire, l'Europe fut comme arrachée de ses fondements, pour être précipitée sur l'Asie. Les chefs de ces grandes entreprises pouvaient y mêler des vues politiques et commerciales ; mais ces vues étaient ignorées des peuples, et n'entrèrent pour rien dans l'enthousiasme, je n'ose pas dire la folie de leur obéissance : car il semble qu'une folie universelle n'est plus une folie. Et dans nos jours de réforme, dans ces jours d'indépendance, de vie aventureuse, de république, de liberté indéfinie, et d'empire, jamais les hôpitaux n'ont reçu tant de maîtres absolus, de législateurs souverains, de capitaines généraux, de princes, de monarques, de rois, d'empereurs. J'ai vu à Bicêtre je ne sais combien de potentats et de despotes.

Après ce tableau général de la folie, il était naturel que l'auteur reprît l'une après l'autre les quatre formes qu'affecte cette maladie, afin de montrer dans chacune d'elles ce qu'elle a de propre, et d'en achever ainsi l'exposition. C'était aller des prémisses aux conséquences. Esquirol a interverti cet ordre ; et, comme pour diversifier son ouvrage par une

(1) Voyez l'*Histoire de Charles XII*, par Voltaire, liv. 3.

Marlborough est présenté au roi, à Altranstad, en 1700.

« La conversation fut fatigante et générale... Marlborough, qui ne se hâtait jamais de » faire ses propositions, et qui avait, par une longue habitude, acquis l'art de démêler les » hommes et de pénétrer les rapports qui sont entre leurs plus secrètes pensées, leurs ac- » tions, leurs gestes, leurs discours, étudia attentivement le roi. En lui parlant de guerre en » général, il crut apercevoir dans Charles XII une aversion naturelle pour la France ; il » remarqua qu'il se plaisait à parler des conquêtes des alliés. Il lui prononça le nom du czar, » et vit que les yeux du roi s'allumaient toujours à ce nom, malgré la modération de cette » conférence. Il aperçut de plus sur une table une carte de Moscovie ; il ne lui en fallut pas » davantage pour juger que le véritable dessein du roi de Suède et sa seule ambition étaient » de détrôner le czar après le roi de Pologne. »

suite d'épisodes, à l'imitation des poëtes, il s'arrête à un petit nombre de questions subsidiaires qu'il eût été peut-être malaisé de placer ailleurs, et qui ne relâchent les liens des parties principales que pour les rendre plus solides La première de ces questions est, en effet, l'hallucination; et s'il est vrai, comme le dit Esquirol, que sur cent aliénés, il en est plus de quatre-vingts qui sont hallucinés, il s'ensuit que l'hallucination était un sujet très digne d'être traité séparément. Esquirol prend à tâche de la distinguer d'avec l'illusion. Mais cette distinction ne se présente-t-elle pas d'elle-même? Les deux soleils de Penthée, la tour carrée qu'on voit ronde, le bâton qui se brise dans l'eau, la petite boule que l'on sent double aux extrémités de deux doigts entrecroisés l'un sur l'autre; ce que dit aux yeux le cours apparent des astres, toutes sensations normales, pour ainsi dire, et qui ne font illusion que par les jugements qu'on y attache. Un aliéné saisit sur la face de la lune des apparences qui sont pour lui des présages de grandeur: il voit juste, il juge mal. Rien ne rend plus sensible l'action de ces enthymêmes dont j'ai parlé. Il en est tout autrement des hallucinations. Aucun objet, aucun ébranlement ne frappe ni l'ouïe ni la vue; et cependant le malade voit des images, il entend des voix; ces voix, ces images, se modifient de mille et mille manières; il s'en forme un monde chimérique où il sent, pense, parle, veut, agit, comme s'il était dans un monde réel. Témoin cet aimable fou d'Argos dont Horace fait une peinture si touchante; et s'il était permis de prendre cette peinture pour une réalité, rien ne prouverait mieux, ce me semble, que ces images, ces voix, et les singulières combinaisons qu'en fait l'intelligence, sont l'ouvrage de certaines impressions intérieures qui, parvenues au cerveau, en saisissent toutes les facultés, et les tournent à la création de ce monde fantastique. N'est-ce pas ainsi, du reste, que des souvenirs depuis longtemps effacés reparaissent tout-à-coup avec une force qui nous arrache à nous-mêmes, et à qui rien ne manque pour être de véritables hallucinations qu'un degré de plus de persistance et d'énergie? Qui le dirait? un homme a été vu de qui le cerveau était comme une toile sur laquelle venaient se peindre et se mouvoir des figures d'hommes, des figures d'animaux, des figures de chars qui courent, ou de bâtiments qui s'élèvent, et dont les compartiments intérieurs se couvrent de tapisseries magnifiques et de paysages ravissants. Mais au milieu de tant de prestiges, cet homme, disait Charles Bonnet, conserve toute la fermeté de sa raison. Il sent que ces vaines images ne sont pas

lui, et qu'il n'est pas elles; et c'est le défaut d'un tel jugement qui fait des hallucinés. Il est aussi des phénomènes qu'on pourrait appeler mixtes. Une tumeur cancéreuse cachée dans l'abdomen est traversée par des traits de douleur, que le malade assimile, pendant le sommeil, à la douleur que causerait la griffe d'un animal. Ces deux idées unies l'une à l'autre persistent, comme je l'ai dit, pendant la veille, et forment un tout désormais indissoluble, ou plutôt il en résulte le jugement le plus faux et le plus dangereux. Le malade se persuade, en effet, qu'il a les entrailles déchirées par un animal, et il s'ouvre le ventre pour se délivrer. Celui-là porte les mains sur lui-même, oui; mais dans un autre, une impression analogue, également formée dans l'intérieur, portera au cerveau, non pas une douleur vive et distincte, mais un sentiment confus de fatigue et de gêne, une peine à vivre indicible, à laquelle s'attachera tout-à-l'heure un jugement non moins faux et non moins dangereux. Le malade, en effet, se croira entouré d'ennemis; il verra partout des piéges tendus contre lui; et pour s'en préserver, ou pour s'en venger, il portera cette fois les mains sur autrui. L'hallucination a quelquefois sa source dans les secrètes agitations de l'âme. Un tribunal s'élève dans le cœur (1) du voleur ou du meurtrier. Il y est traîné par sa conscience; il y entend une voix accusatrice; et cette voix, il ne tarde pas à l'entendre dans la bouche des hommes, dans le cri des animaux, dans les sons les plus fortuits et les plus fugitifs. Ce sont des hirondelles qui ont arraché au Péonien Bessus (2) l'aveu de son parricide. La rude apostrophe d'un

(1) Une jeune ouvrière, qui travaillait dans des lingeries, avait soustrait à une de ses parentes quelques effets de peu de valeur. Le sentiment de sa faute était dans sa conscience comme l'épine de Vanhelmont dans les organes. Elle entendait les reproches d'une voix intérieure qui allait jusqu'à se former dans ses oreilles. Au milieu du plus profond silence elle s'écriait tout-à-coup, en s'adressant à ses compagnes: *Pourquoi m'appelez-vous voleuse? On n'y songe pas*, répondait-on. Cette scène s'étant répétée plusieurs fois, on la conduisit à la Salpêtrière. Je l'interrogeai en secret: elle avoua. « Je vais vous rendre votre liberté, lui dis-je; » vous irez à votre parente, vous rendrez ce que vous avez pris, et vous serez guérie. » Ainsi dit, ainsi fait. Quelques mois après, elle me rencontra dans une rue de Paris, vint à moi, me prit les mains, et me dit, les yeux pleins de larmes: « J'ai rendu, je suis guérie. »

J'ai vu des femmes expier par leur mort un moment de faiblesse: rien ne put les consoler. Elles n'avaient pas pour elles-mêmes la pitié qu'avait eue Jésus-Christ.

(2) *Plutarque*, édit. de l'an XI (1802), t. XVI, p. 312-313, traduction d'Amyot.

« Bessus ayant tué son père, fut un bien long temps sans que personne en seeust rien,

corbeau ne fut mortelle pour Lavarenne, que parce que depuis longtemps Lavarenne était pour lui-même un corbeau (1). Mais ce n'est pas seulement un mot, un adjectif, une qualification qu'entend l'halluciné; il entend souvent des propositions, des phrases tout entières, et une sorte de discours. Gall et Marc en citent des exemples; mais le plus singulier peut-être de tous ces exemples est celui que l'on rencontre dans Plutarque. Voyez ce qu'il raconte de Cléonice et de Pausanias (2). Est-ce là

» jusques à ce que, un jour, estant allé souper chez quelques uns siens hostes, il percea du » fer de sa picque, et abbattit le nid d'une arondelle, et tua les petits qui estoient dedans; » et comme les assistans lui dissent: Dea, capitaine, comment vous amusez-vous à faire un » tel acte, où il y a si peu de propos?—Si peu de propos! dit-il, et comment, ne crye-elle pas » ordinairement à l'encontre de moy, et tesmoigne faulsement que j'ai tué mon père? » » Ceste parole ne tomba pas en terre; mais fut bien recueillie des assistans, qui en estant » fort ébahis, l'allèrent incontinent decéler au roy, lequel en fit si bonne inquisition, que » le faict fut avéré, et Bessus puni de son parricide. »

(1) Lemontey, *Essai sur l'établissement monarchique de Louis XIV*. Paris, 1818; 1er vol. p. 101.

« ... Lavarenne, sorti des cuisines de Henri IV, employé aux galanteries de ce prince, et » devenu un personnage: il eut grande part au rétablissement des Jésuites, et partagea avec » eux, à la Flèche, les libéralités de son maître. Il s'y retira, excessivement riche, et s'y » amusait à la chasse au vol. Étant un jour autour d'un arbre où une pie s'était réfugiée, et » qu'on en voulait faire repartir, la pie se mit à parler et à répéter plusieurs fois très dis» tinctement ce vilain mot, *maquereau*. Le bonhomme Lavarenne, qui l'entendit, en fut si » frappé, qu'il tourna bride, en s'écriant: *Au miracle!* par lequel Dieu permettait que cet » oiseau parlât pour lui reprocher ses crimes et sa fortune. On eut beau lui représenter que » c'était quelque pie domestique nouvellement échappée de chez son maître, où elle avait » appris à parler et à dire ces ordures; rien ne put le remettre. La fièvre le prit, et dès le soir, » il donna ordre à sa conscience et à ses affaires, et mourut au bout de quatre ou cinq » jours. »

(2) *Plutarque*, trad. d'Amyot; édition de l'an XI (1802). T. XVI, p. 318-319.

« Et Pausanias, estant en la ville de Bysance, envoya quérir par force Cléonice, jeune » fille de honeste maison, et de libre condition, pour l'avoir à coucher la nuit avec luy; » mais estant à demy endormy quand elle vint, il s'esveilla en sursault, et luy fut advis que » c'estoient quelques ennemis qui le venoient assaillir pour le faire mourir, tellement qu'en » cet effroy il la tua toute roide; depuis il luy estoit ordinairement advis qu'il la voyoit, et » entendoit qu'elle lui disoit:

« Chemine droit au chemin de justice:
» Très grand mal est aux hommes l'injustice. »

» Et comme cette apparition ne cessoit point de s'apparoir toutes les nuicts à luy, il fut à la fin » contraint d'aller jusques en Héraclée, où il y avoit un temple, auquel on évoquoit les âmes

ce qu'entendait Esquirol par ces illusions ganglionnaires, qu'il ne permettait pas de confondre avec les hallucinations?

Je continue dans cette voie, Messieurs; je m'y sens entraîné par un attrait irrésistible. C'est qu'en effet cette théorie de l'hallucination renferme, selon moi, dans ses développements, la théorie même des maladies proprement dites, et spécialement celle de presque toutes les maladies mentales. Souffrez encore sur ce point quelques paroles. Je vais reprendre quelques unes de nos vues antérieures. Pour percevoir les impressions du dehors, pour en faire des sensations, des idées, des souvenirs, des jugements, des raisonnements, des sentiments et des volontés; en un mot, pour former de ces éléments toute l'intelligence humaine, il est nécessaire que les sens, et avant tout le cerveau, aient toute leur activité. Mais cette activité, d'où vient-elle? Cherchez. Elle a uniquement sa source dans nos impressions intérieures; et ces impressions elles-mêmes naissent de cette multitude infinie d'attouchements qui s'opèrent dans toute l'étendue de nos cavités animées et sensibles. Ces impressions sont comme eux innombrables et simultanées; elles se précipitent à flots continus vers le cerveau; et ne pouvant les percevoir une à une, ne pouvant les discerner entre elles pour en faire des matériaux d'intelligence, le cerveau ne perçoit que l'ensemble ou la résultante; et dans un moment donné, c'est cette résultante qui constitue la manière d'être et l'activité cérébrale. Dans un moment donné, ai-je dit, car de moment en moment, cette résultante change; et ce sont ces mutations perpétuelles qu'Hippocrate désigne sous le nom de métastases du cerveau; non que cet organe change de lieu, mais d'état, et par conséquent d'aptitudes. Pour que l'homme soit le maître de son intelligence, il est donc nécessaire que cette activité soit dans les conditions les plus favorables, et comme elle n'est en définitive que le résultat des attouchements antérieurs, ce sont ces attouchements qu'il importe avant tout d'étudier et de connaître, afin d'apprendre à les régler. Or, c'est là l'œuvre propre de l'hygiène. Supposé que cette activité soit aussi parfaite qu'elle peut l'être: c'est un éclair qui brille et s'éteint. Outre l'instabilité qui lui est propre, des milliers d'incidents intérieurs la troublent et la

» des trépassés, et là, ayant fait quelques sacrifices de propitiations, et luy ayant offert les » effusions funèbres que l'on répand sur les sépultures des morts, il fict tant qu'il la fict venir » en sa présence, là où elle luy dit, que quand il seroit arrivé à Lacedæmone, il auroit repos » de ses maux; et de faict, il n'y fut pas plus tost arrivé, qu'il y mourut. »

dénaturent. Ici se présente une série nouvelle de causes perturbatrices. Des maladies de la peau disparaissent, des excrétions s'arrêtent, des ulcères se ferment; le lait, la bile, le liquide séminal, des organes atrophiés et fondus, sont emportés; des résidus de digestion sont stationnaires; et d'après Stoll, en cela conforme au sentiment d'Hippocrate, l'absorption y puise des matériaux qu'elle joint à tous les autres pour les verser dans le sang, et que le sang disperse çà et là dans toute l'économie. Ces matériaux, devenus hétérogènes par leur seul déplacement, et retenus dans les viscères, les engorgent, et y deviennent des foyers d'attraction; ou bien ils cèdent à des courants qui les transportent d'un lieu à un autre; d'où il arrive que se rencontrant dans leurs courses, ils s'attirent, se combinent et forment des produits encore plus hétérogènes. D'un côté, des tumeurs s'élèvent; le suc osseux, fourvoyé, couvre de plaques des membranes, des nerfs, des vaisseaux, des muscles; les muscles eux-mêmes se durcissent, et prennent la consistance et l'aspect d'une chair fumée; ou bien ils perdent leur fibrine, et se changent en graisse, comme les os en gélatine; de l'autre, des masses cancéreuses s'asseient sur des organes, ou des pelotes de même nature flottent dans les veines, à côté de caillots solides dans le centre desquels du pus est élaboré. Des poisons, des miasmes, des virus pénètrent en secret dans nous mêmes, et s'y tiennent cachés pendant des vingt et des quarante ans. Je ne parle point de la grossesse, ni des appétits bizarres, ridicules, dépravés, cruels, qu'elle fait naître, et qui tiennent peut-être moins à la présence du nouvel être qu'à l'absorption du liquide séminal, comme l'insinue Haller; mais je rappellerai qu'après l'expulsion du nouvel être, l'estomac, devenu l'auxiliaire des mamelles, leur transmet par des voies inconnues, jusqu'aux liquides qu'il a reçus, et qu'il n'a point altérés. Maintenant, Messieurs, car je ne puis tout dire, de toutes ces altérations (et je n'en exclurai point celles que le cerveau peut lui-même contracter) et de toutes ces productions qu'a mise sous vos yeux l'anatomie pathologique, j'oserai dire qu'il n'est pas une seule qui, mise en contact avec une extrémité nerveuse, n'y laisse une impression singulière, nouvelle, inaccoutumée, laquelle, mêlée à toutes les autres, n'en change la résultante et ne fasse varier l'activité cérébrale; ou n'exalte, ou ne diminue, ou ne pervertisse, ou n'éteigne toutes les facultés de l'esprit, et même ne puisse renverser de fond en comble tout l'entendement. Nous voici, Messieurs, dans le vaste champ des sympathies; de ces sympathies qui font ressentir à des organes quel-

quefois très éloignés, les affections d'un autre organe qui, souvent, n'a rien de commun avec eux, sinon de faire comme eux partie de nous-mêmes; bien différentes de cette synergie qui semble animer d'un esprit de concorde ces petites sociétés d'organes attachés à des fonctions composées, pour en partager les phases, et les accomplir l'une après l'autre, dans un ordre prescrit : tel est, pour la première altération des aliments, le système digestif avec ses annexes; tel est, pour la génération, l'utérus avec les mamelles, ou plutôt tel est l'ensemble même de notre économie, où tout est consentement et concours; où tout obéit à cette synergie fondamentale, universelle, intelligente, régulière, qui embrasse, pour les régler, tous les ressorts et tous les mouvements : intelligente, car nous sentons, nous jugeons, nous raisonnons, en un mot, nous pensons et nous voulons de partout, comme le prouveraient l'admirable enchaînement de nos fonctions intérieures, et la conduite heureuse et toute spontanée des maladies les plus graves. Ici, toutefois, règle et subordination, parce que tout y est fondé sur la division du travail; dans les sympathies ordinaires, inconstance, caprices, contradiction, du moins pour nous qui ne verrons jamais les secrets liens des choses. Et, sans reproduire ici tout ce que rapportent sur ces étranges sympathies des écrivains tels que Rega, Rahn et Pétersen, je ne citerai qu'un fait, lequel serait, à mon sens, l'équivalent de tous les autres. Plusieurs hommes ont des vers intestinaux. Le premier n'en est averti par rien. Pour le second et pour tous les autres, il en résultera cette suite de symptômes : une sensation incommode, une inquiétude vague et une agitation perpétuelle, des douleurs vives et locales, des convulsions et même l'épilepsie, des hallucinations, et par suite des jugements faux, et les associations d'idées les plus insolites et les plus extravagantes; et finalement les sentiments les plus dépravés : des soifs de sang, des volontés de meurtre assez violentes, assez brusques pour entraîner l'entendement; ou, heureusement, assez faibles pour être retenues par une volonté réfléchie de résistance; diversité d'action comparable à celle du vin, dont parle Aristote dans l'un de ses problèmes; à celle de la jusquiame, peinte si vivement par Wepfer. Mais d'où vient cette diversité? de la diversité des organisations; diversité à laquelle participe le cerveau lui-même. Les cerveaux diffèrent entre eux, en effet, par la forme, par le volume, par la consistance, par la proportion et la symétrie de leurs parties intérieures, aussi bien que par le sang qui les anime. Avant et après certaines maladies, le sang

n'est plus le même. Il diffère d'un sujet à un autre, comme d'un animal à un autre. Chacun a le sien qui ne convient qu'à lui seul, et qui toutefois change perpétuellement. A l'égard des cerveaux, quelle est la différence essentielle? On l'ignore et on l'ignorera toujours; et cependant il est permis de croire que le cerveau d'Achille n'était pas celui de Thersite, ni le cerveau d'Ulysse celui d'un Irus. Quoi qu'il en soit, j'ose soutenir, avec Meckel que « *la lésion des différents organes peut être le principe du dé-* » *rangement des facultés de l'âme.* » J'emprunte ici ses propres paroles. Un simple dérangement d'intestins peut produire ces déplorables effets. Boërhaave le pensait comme Esquirol. Qui le dirait? le plomb et le virus de la rage ont sur nous une action similaire; et l'action de ces deux substances si étrangères à nous-mêmes n'est peut-être, comme celle des vers intestinaux, qu'une de ces actions de présence, si nettement constatées par la chimie. Du reste, selon Boërhaave et Haller, ces actions intérieures sont tellement dépendantes de certaines parties matérielles, qu'elles sont très souvent emportées par des purgatifs. Les conditions du cerveau sont alors changées, comme celles des ulcères le sont quelquefois si promptement par les émétiques.

Dans ces considérations, Messieurs, je ne suis que l'interprète d'Esquirol, et par ce détour sur l'hallucination, nous arrivons avec lui à un point de vue très élevé, d'où, éclairés par ces légions de causes de trouble et de désordre, nous pouvons pénétrer, en quelque sorte, d'un même coup d'œil, et l'aliénation des nouvelles accouchées, et les malheurs de l'épilepsie, et les tristesses de cette lypémanie si souvent héréditaire, et dont la démonomanie ne serait qu'une extension que notre froideur pour les idées religieuses a rendue beaucoup plus rare; et les calamités du suicide, qui semble avoir ses causes propres, telles que les lésions du cœur, et que l'on voit, mais en proportions diverses, dans toutes les contrées de l'Europe, et même dans les différentes parties de la France : variable d'ailleurs dans le choix de ses moyens et dans le choix des saisons; et les redoutables fureurs de la manie, laquelle cependant, de même que les maladies générales, est de toutes celles de l'esprit la moins fâcheuse et la moins opiniâtre, tant elle sait ouvrir de portes pour s'échapper; et les burlesques mais affligeantes variétés de la monomanie; et les ridicules quelquefois si tragiques de cette passion mixte, l'érotomanie, qui tient une si grande place dans les égarements de la vie humaine, comme en ferait foi tout l'Orient; et les horreurs de cette manie homi-

cide, dont l'impulsion quelquefois aussi rapide que l'éclair, sans motif, sans provocations, précipite l'homme sur son semblable, sur un inconnu, pour le massacrer (1); mais s'annonce quelquefois au malade par un pressentiment qui lui permet de se prémunir contre les autres et contre lui-même : sorte de problème qui demande sa solution à la loi, et dont la loi n'a que trop souvent tranché le nœud par le glaive, comme Alexandre.

Il est une monomanie qu'Esquirol a comprise dans son article général, et qu'il était peut-être nécessaire d'en séparer, comme l'a fait Marc (2). Je veux parler de la pyromanie, ou de la manie incendiaire. Il est des yeux, il est des cerveaux que la couleur rouge touche, émeut, transporte, comme on l'a vu à la terre de Van-Diémen, comme on le voit, dit-on, dans certains animaux (3). Il est des yeux, il est des cerveaux pour lesquels la vue d'une vive flamme est le plus ravissant des spectacles. Bergmann enfant s'extasiait à genoux devant le feu des appartements; il en cherchait la cause, et il devint chimiste. Il eût fondé en Asie le culte du soleil. D'autres, captivés par le charme de cette sensation, s'en enivrent, pour ainsi dire, comme on s'enivre d'une sensualité; ils en sont tellement épris, que pour goûter un moment l'abominable passe-temps de Néron, ils mettent le feu à des fermes; ils le mettraient à des villages et à des villes. Une monomanie non moins aveugle et non moins insensée, dont Esquirol parle, c'est celle du vol, la cleptomanie, que l'on a vue dans des hommes opulents, dans des médecins, dans des rois. Enfin, il est des monomanies tellement restreintes, qu'elles ne portent que sur un point de nous-mêmes, sur un sentiment. La raison reste entière, avec toute son impuissance. Tel aurait été l'amour du Tasse, et celui du seul poëte comique

(1) Un jeune ouvrier, doux et paisible, quitte sa chambre pour aller au travail; il rencontre un soldat qu'il n'avait jamais vu. Sur le-champ, une rage le prend de saisir le sabre du soldat et de le tuer. Il eut heureusement le temps de voir quelle action il allait commettre. Il en eut horreur; mais pour vaincre sa première volonté par la seconde, il eut avec lui-même un combat dont il me parlait avec convulsion. « Je ne sais, me disait-il en frissonnant, comment j'ai pu résister. » Supposez que la première impulsion eût été plus vive et plus rapide, le meurtre aurait été consommé. Lois humaines! auriez-vous puni? Mais en punissant, n'auriez-vous pas été plus criminelles que le crime même?

(2) *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires.* Paris, 1840, t. II, p. 304.

(3) On a vu un hypochondriaque qui, à la vue d'un objet peint en rouge, devenait phrénétique.

qui soit au monde ; et telle a été l'invincible aversion d'un père contre un de ses fils : antipathie dénaturée que rien n'explique et que rien n'excuse, si ce n'est l'incroyable imperfection de notre propre nature.

Quelques remarques sur ce dernier point. On parle de volonté, de liberté, de responsabilité morale ; est-on d'accord sur ces trois termes? L'idée qu'on a de la volonté est une idée générale et abstraite qui ne répond à rien de réel. Loin d'avoir en nous une volonté de cette nature, nous n'avons jamais que des volontés particulières qui s'interposent entre nos sentiments et nos actions. Comme effets et comme causes, elles n'en sont que le lien, semblables aux conjonctions qui sont les liens du discours ; d'où l'on voit qu'en elles-mêmes elles n'ont rien d'intellectuel ni de moral, et que le bon ou le mauvais caractère qu'on leur attribue n'est en définitive que celui des sentiments eux-mêmes. Là où manque le sentiment, la volonté manque. Ma raison me dit que la nourriture est nécessaire ; je n'ai pas la volonté d'en prendre, faute de sentiment ou d'appétit. Ma raison me dit qu'il faut chercher les honneurs, qu'il faut chercher l'or, et que, pour conserver ma santé, je dois faire de l'exercice (je me sers d'un exemple donné par Esquirol); mais je n'ai ni l'appétit de l'or, ni l'appétit des honneurs, ni l'appétit de l'exercice, et je garde le repos : c'est que je préfère le repos ; et voilà comment une volonté est détruite par le contrepoids d'une autre volonté. Si donc vous voulez faire naître une volonté, faites naître le sentiment qui la produit. A l'égard de la liberté, cette liberté est un pouvoir que la volonté met en jeu, mais qui n'est pas la volonté ; elle lui est, pour ainsi dire, extérieure et juxtaposée. D'où il suit que dire que les volontés sont libres, c'est dire un non-sens ; et comme nos volontés ont pour objet ou des actions musculaires, ou des opérations de l'esprit, si nous avons, en effet, le pouvoir de réaliser ces deux genres d'action, il s'ensuit que nous avons, d'un côté la liberté physique, et de l'autre la liberté intellectuelle, que je ne sépare point de la liberté morale, et à laquelle se rattachent les actes mixtes de l'esprit dont je ne parle pas, l'attention, la réflexion, la mémoire, qui ne sont, en effet, que des actes d'autant de volontés particulières ; et même l'imagination, laquelle est de tous les actes de l'esprit le plus complexe, parce qu'il embrasse tous les autres. Quant à la question de la responsabilité morale, ce qui vient d'être dit fait assez voir à quel point cette question est épineuse et difficile à résoudre. L'esprit a ses surprises et ses précipitations. Il a, comme le corps, ses fièvres qui lui cachent en partie ses idées, et lui

ôtent ainsi le pouvoir, et par conséquent la liberté de régler ses propres actes. Mais quel a été le degré de ces fièvres? et jusqu'à quel point ont-elles troublé l'entendement et entravé cette liberté morale? Problème que j'abandonne à des génies plus éclairés que je ne puis jamais l'être; et je ne forme qu'un vœu, c'est que dans les débats médico-judiciaires qui sont portés devant les tribunaux, tout soit subordonné au premier de tous les intérêts, l'intérêt social, et qu'en défendant comme elle doit ce grand intérêt, la loi ne laisse jamais commettre en son nom le mal qu'elle veut punir.

Je ne m'arrête, Messieurs, ni à la démence ni à l'idiotie, deux états de nous-mêmes dont l'extrême degré marque le dernier abaissement où puisse tomber cette nature humaine si fragile et si orgueilleuse. En parlant des idiots, Esquirol reproduit quelques traits touchant les crétins des Alpes et des Pyrénées, touchant cette race comme sporadique de parias, appelés cagots, disséminés autrefois dans nos provinces; et touchant les albinos que l'on rencontre en Amérique, en Afrique, dans les Indes orientales, en Europe, et même en France. On a vu dans la Basse-Bretagne une famille où les enfants qui venaient au monde étaient alternativement albinos et régulièrement constitués; singularité qui rappelle ce que rapporte Van-Swiéten d'une mère de huit enfants qui, lorsqu'elle était grosse d'un garçon, était épileptique, et ne l'était pas lorsqu'elle avait une fille.

On a cherché par des ouvertures à découvrir les causes matérielles des maladies de l'esprit; et comme on le devait, on s'en est pris surtout à l'encéphale. Or, il semblerait qu'ici la nature ait pris à tâche de réunir et d'accoupler tous les contraires. Prenez la pâte cérébrale; qu'elle soit dure, molle, pulpeuse, diffluente, sèche, friable, ou entremêlée de ces différents états; creusez, étendez, resserrez les cavités intérieures; que les ventricules soient pleins ou vides tous les deux à la fois, ou en sens inverse l'un de l'autre; prenez les enveloppes membraneuses, osseuses, péricrâniennes, cutanées; faites-leur subir toutes les modifications imaginables; vous verrez des accidents si divers, pris deux à deux, trois à trois, ainsi de suite, coïncider avec tous les troubles de l'esprit, avec toute l'intégrité de l'esprit. Il y a plus. Avec des cerveaux comprimés, refoulés par des tumeurs, ou fondus par de vastes abcès, l'intelligence persiste jusqu'à la fin dans tout son éclat; elle se défait, au contraire, elle s'égare, elle s'éteint dans le cerveau le plus sain et le mieux organisé; dernier fait qui conduirait à cette suite de conséquences: la première, qu'il en pourrait

être de la manie comme des maladies contagieuses, où les altérations pathologiques seraient plutôt des effets qu'elles ne sont des causes; la seconde, que la cause si parfaitement inconnue de la manie peut dépendre de la quantité, du mouvement, et surtout de la qualité du sang: triple condition qu'il n'est pas possible d'apprécier, pas plus qu'il n'est possible de saisir nettement quelle est la véritable action du sang sur le système nerveux; la troisième enfin, qu'après une mort brusque, et reçue pour ainsi dire dans la plénitude même de la vie, des actions intérieures subsistent, des courants qui entament, déplacent, emportent des congestions sanguines, en effacent jusqu'au dernier vestige, et fascinent ainsi les yeux et les esprits des observateurs, comme on le voit dans certaines fièvres pernicieuses. Du reste, cet amas donné de prémisses si incohérentes, qu'en conclure? qu'ici, peut-être plus encore que dans toutes les autres maladies, la médecine, comme l'a dit Hippocrate, ne saurait proposer une doctrine fixe et absolue (1). Nous léguerons ces ténèbres à l'avenir; c'est à lui d'y porter la lumière. Il est toutefois des points sur lesquels on paraît s'entendre. Le premier, que les altérations de l'encéphale se manifestent plutôt par des obstacles dans les mouvements que par les troubles de l'intelligence; le second, que les maladies mentales proprement dites, ainsi que l'ont pensé les anciens, et que l'a dit Meckel, sont plus étroitement liées comme effets à des embarras intérieurs, à des altérations viscérales, et sans doute encore aux altérations de nos principaux liquides; double remarque que semble justifier la physiologie, laquelle affirme que les sensations, c'est-à dire les éléments de l'intelligence, vont de la périphérie au centre, tandis que les mouvements vont toujours du centre à la périphérie.

Je borne ici, Messieurs, les considérations dont j'ai cru devoir vous entretenir sur le grand ouvrage d'Esquirol. On peut, je l'avoue, reprocher à cet ouvrage de manquer de méthode et d'ensemble. Esquirol l'avait senti lui-même; il se proposait d'en changer toute l'économie et de le reproduire sous une forme plus régulière. Toutefois, les secrètes affinités des matières rendent ce défaut d'unité peu sensible, et quand il serait aussi réel qu'il est apparent, il ne fera jamais oublier le rare mérite d'un ouvrage qui sera toujours cher aux médecins. L'auteur y a ras-

(1) J'ai vu à la Salpêtrière une jeune épileptique qui était bien réglée. Les règles se supprimèrent, et l'épilepsie disparut. Ordinairement c'est le contraire.

semblé à profusion des faits si singuliers, si bizarres, si étonnants, si variés, que la curiosité confondue en est plutôt irritée que satisfaite, et qu'il est permis de comparer ce livre à un immense hôpital ouvert aux observateurs, et dont chaque salle offre à chaque pas des exemples nouveaux et des leçons inattendues. La thèse sur les passions avait été traduite en anglais. En 1838, le grand ouvrage a été traduit en allemand par le docteur Bernhard, de Berlin.

Ce qui me reste à vous dire, Messieurs, m'intéresse plus que la personne même d'Esquirol. En traitant des passions, il n'a point parlé de la sienne. La sienne était de pénétrer plus avant qu'aucun autre médecin, de quelque nation qu'il fût, plus avant même que son vénérable maître, dans l'étude, la connaissance et le traitement de la folie. En 1810, il remplaça Pinel à la Salpêtrière, ou plutôt il le continua: c'était le même esprit, c'était le même zèle et la même charité; et tandis qu'il provoquait par ses instances les améliorations qu'il était nécessaire d'introduire dans le matériel des bâtiments et dans toutes les parties du régime, il encourageait les infirmières, il soulageait les malades, en distribuant entre elles ses honoraires. Il entrait ainsi dans des cœurs toujours ouverts à la gratitude, parce qu'ils sont toujours ouverts à la justice. Il les formait ainsi à la confiance et à la docilité. Cependant les événements se précipitaient. L'empire touchait à sa ruine. En 1814, les calamités de la guerre peuplèrent les hôpitaux de fièvres meurtrières. L'empressement d'Esquirol à servir tant de malheureux lui mérita la décoration de la Légion-d'Honneur. En 1817, il ouvrit le premier cours que l'on eût encore entendu sur les maladies de l'esprit. Des médecins français, des médecins étrangers accoururent à ces leçons d'un caractère si neuf et si attrayant. Souvent les leçons devenaient des causeries familières, où les auditeurs proposaient avec toute liberté leurs objections; et de ces objections discutées naissaient toujours de nouvelles lumières. Chaque année, le cours se terminait par une séance où Esquirol donnait un prix de 300 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur un point déterminé de l'aliénation (1).

(1) Un jury jugeait les Mémoires.

Ce jury était composé de MM. Rayer, Roche, Bouillaud, Londe et Rech.

En 1820, Georget eut le prix pour un Mémoire qui fait partie de son ouvrage sur la folie. 1 vol. Paris, 1820.

Ensuite: Pinel-Granchamp et Foville.

Voisin en 1822, pour un Mémoire sur cette question: Le désordre menstruel peut-il

C'est ainsi que s'est formée la brillante colonie de médecins qui, soit en France, soit dans toute l'Europe et au-delà des mers, sont à la tête des établissements où l'on traite les maladies mentales; et de là aussi l'immense réputation qu'Esquirol s'était faite, et qui n'était ignorée que de lui seul.

Cependant ses vues s'étendaient au-delà de la capitale. Ce qu'a fait Howard pour les lazarets, les hôpitaux, les prisons, dans toute l'Europe et jusqu'aux confins de l'Asie, Esquirol l'avait fait en France, dans les années précédentes, pour les établissements des aliénés. Toutes celles de nos villes qui avaient des malades d'esprit, il les avait visitées; et presque partout il avait rencontré les brutalités, les violences, les chaînes, les tortures que la sage et courageuse humanité de Pinel avait depuis longtemps bannies de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il semblait que les cris arrachés par la douleur à tant de malheureux, dans trente-trois de ces villes, étaient venus remuer le cœur d'Esquirol, pour l'engager dans ces voyages et dans les pénibles et minutieuses recherches qui en étaient l'objet. Il fit de ces recherches le texte d'un mémoire qu'il remit, en 1818, à l'autorité supérieure, et qui n'eut d'autre effet que d'éveiller dans tous les départements la sollicitude des magistrats sur ces excès de barbarie, de honte et d'infortunes. C'étaient de premiers germes qu'on a vu éclore plus tard, même chez les nations voisines. Esquirol a depuis multiplié ses voyages. Le soin que met un historiographe à rassembler de partout les documents qui doivent éclairer son ouvrage, Esquirol l'a mis à recueillir sur les établissements étrangers un nombre infini de renseignements, de notes, de descriptions, de plans détaillés. Il en retirait des lumières qu'il répandait partout. L'objet le plus instructif peut-être qu'il ait rencontré dans ses voyages est cette sorte d'oasis, voisine d'Anvers, cette terre plate, dépouillée d'arbres, qu'arrosent deux rivières, et que des bruyères et des landes séparent des terres voisines. Au centre de cette plaine, que l'on appelle la Campine, est le village de Gheel, où de temps immémorial des aliénés sont envoyés des contrées environnantes, et vivent au milieu des habitants qui leur donnent l'hospitalité. Sauf quelques excep-

être regardé comme une des causes physiques les plus nombreuses de l'aliénation mentale?

Bouchet et Cazauvieilh, auteurs d'un Mémoire sur l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale, recherches sur la nature et le siége de ces deux maladies. (*Archives de médecine*, 1825, t. IX et X.)

tions qu'un peu de surveillance prévient, qu'un peu de sévérité fait disparaître, la sécurité la plus parfaite règne entre les uns et les autres. La paix, le travail, la liberté, un air pur, des aliments sains, une vie régulière, sont les seuls médecins de ces heureux malades; et c'est par des moyens si simples, qu'après une révolution d'une, deux et quelquefois trois années, la nature, ou cette industrie intérieure qui nous fait vivre, prépare et consomme des guérisons inespérées. Le travail, ai-je dit, et surtout le travail de la terre, qui, tout en favorisant le jeu des fonctions, fait sentir à l'homme qu'il se rend utile, et le ramène ainsi au sentiment de sa propre dignité; car telle est l'intime liaison de nos sentiments avec nos idées. L'affranchissement, dont le génie de Pinel avait deviné les effets, était donc pratiqué depuis des siècles; mais c'était un exemple à peu près inconnu; et cet exemple fait assez voir quelle est sur les esprits l'action des localités. Esquirol y trouvait un argument en faveur de ses propres vues. Il supposait en effet, comme je l'ai dit ailleurs, « qu'un » bâtiment vaste, élégant, élevé, propre, sagement distribué pour les » différents services, pénétré d'air et de lumière, et dominant un bel » horizon, était tout à la fois pour les aliénés une leçon de logique et un » séjour d'harmonie et de paix, où de riantes images concourent avec la » sérénité du ciel, les égards des serviteurs et les soins affectueux du mé» decin, à rétablir l'ordre dans les idées et le calme dans les sentiments. » Rien ne parle, en effet, plus vivement à l'âme que le sentiment du bien» être; et ce sentiment se forme surtout dans une habitation commode, » protectrice, j'ai presque dit attentive et bienveillante. » N'étant plus distraite par la douleur, l'âme y est mieux préparée pour la raison; tandis « qu'une habitation mauvaise, étroite, tortueuse, sans lumière, sans air, » sans propreté, irrite l'âme et la révolte, comme le ferait une injure » perpétuelle, comme le ferait un outrage permanent. » Sans cesse blessée par la souffrance, l'âme prend dans une égale horreur le présent, le passé, l'avenir; elle tombe dans le désespoir et l'abrutissement. Aux yeux d'Esquirol, une demeure bien entendue pour les malades était, comme il le dit, un instrument de guérison, et peut-être le principal instrument, celui qui fait trouver du charme à tous les autres. Aussi dans des plans que, faute de données médicales, le plus habile architecte ne saurait concevoir, Esquirol en a réuni, associé, coordonné tous les avantages. Voilà ce qu'il a en grande partie réalisé dans son bel établissement d'Ivry; voilà le point capital sur lequel il était si souvent consulté par des préfets

et par des administrations de grands hôpitaux. Il était leur oracle par ses lumières, comme il est aujourd'hui l'oracle des étrangers par ses ouvrages. C'est, en effet, sur les directions qu'il a données « que Rouen, » Nantes, le Mans, Montpellier, Marseille, ont élevé pour leurs aliénés » des édifices qui sont aujourd'hui l'ornement de ces grandes villes, la » ressource et la consolation des départements voisins (1).

» L'excellence de ses vues sur ce point est admirée de toute l'Europe; » mais nulle part peut-être n'a-t-elle été plus solennellement reconnue » qu'à son passage à Turin. On achevait dans cette capitale un bâtiment » pour les aliénés. Le roi de Piémont allait en faire la visite. Instruit de » la présence d'Esquirol, le roi le pria de l'accompagner. Esquirol ne » dissimula point à ce prince les inconvénients de cette maison. Frappé » de ses remarques, le roi déclara sur-le-champ que ce bâtiment servirait » de caserne, et qu'un nouvel édifice pour les aliénés serait immédiate- » ment construit sur les plans du médecin français.

» En 1823, Esquirol fut fait inspecteur général de l'Université. A ce » titre sont attachées, on le sait, des fonctions épineuses. Il remplit les » siennes avec la modération et la fermeté qui lui étaient naturelles, et qui » sont inséparables de la justice. Cet emploi, du reste, il l'avait eu sans » le souhaiter, il le perdit sans regret; si ce n'est peut-être qu'il n'aurait » plus l'occasion de rendre à d'autres le service qu'il avait rendu à un » illustre professeur de Montpellier : il l'avait fait réintégrer dans sa » chaire. C'était pour le servir qu'il avait sollicité cette mission.

» En 1826, Esquirol devint médecin en chef de la maison royale de » Charenton. Il a porté dans cette maison d'utiles réformes; il en a accru » la renommée, cette renommée que ses successeurs accroîtront encore; » il en a publié plusieurs statisques raisonnées; il en a provoqué la recon- » struction. Cette reconstruction, conduite sur un plan tout nouveau, » fera sans doute de cette maison le plus bel établissement de l'univers. » Élever des palais pour la souffrance est le vrai luxe de la civilisation. » Je dois ajouter ici qu'Esquirol a légué à cette maison une somme de dix mille francs, pour la fondation d'une bibliothèque à l'usage des médecins et des malades.

(1) C'est par son influence qu'ont été placés à la tête des établissements d'aliénés : MM. Foville, à Rouen; Rech, à Montpellier; Delaye, à Toulouse; Guillemain, à Saint-Dizier; Bouchet, à Nantes; Chambeyron, à Rennes; Payen, à Orléans.

Tous formés par les leçons d'Esquirol.

« Dès la création de l'Académie royale de médecine, il fut au nombre » des premiers membres titulaires. En 1828, il fut fait membre du con- » seil de salubrité. Il édifiait ce conseil par son assiduité; il l'éclairait de ses » lumières; et l'année même où nous l'avons perdu, il en était le vice- » président.

» En 1834, pendant qu'il faisait en Italie un voyage que sa santé chan- » celante avait rendu nécessaire, l'Académie des sciences morales et po- » litiques le mit au nombre de ses correspondants. »

En 1827 et en 1840, deux de ses élèves devenus ses amis, le docteur Chambeyron et le docteur Archambault, firent paraître deux traductions, le premier, d'un *Traité de Médecine légale relative aux aliénés et aux sourds-muets*, écrit en allemand par Hoffbauer; le second, d'un *Traité de l'Aliénation mentale*, écrit en anglais par Ellis. Ces deux traductions furent enrichies par Esquirol d'une suite de notes où se montre toute la sagacité de son esprit.

« Une nouvelle secte, vous le savez, suppose qu'entre les configura- » tions extérieures de la tête et les aptitudes intellectuelles et morales, il » existe des rapports qui permettent de conclure à celles-ci de celles-là, et » réciproquement. Esquirol a fait monter en plâtre les têtes de beaucoup » d'aliénés dont il connaissait le caractère et la portée d'esprit. Ces plâtres » n'ont rien démontré, si ce n'est peut-être le vide de la nouvelle hypo- » thèse. A l'égard des idiots, ces représentations en plâtre seraient peut- » être plus significatives. Toutefois, il ne faut pas oublier que les » deux moitiés de la tête de l'illustre Bichat lui-même étaient dépa- » reillées. »

Nous voici, Messieurs, sur la pente qui entraîne tout. Le travail, les années, les maladies minaient insensiblement la constitution naturellement faible et délicate d'Esquirol. Il était sujet à des fluxions catarrhales qui, de plus en plus rapprochées, rendaient la respiration de plus en plus courte, embarrassée, douloureuse. Dans les premiers jours du mois de décembre 1840, il eut un dernier accès. Un amour exagéré de ses devoirs le conduisit au conseil de salubrité; il en revint avec un surcroît de souffrances. Une fièvre survint. Chaque jour, le mal prenait un caractère plus grave. Maître de toutes ses idées, Esquirol en mesurait les degrés; il en pressentait la prochaine issue; mais, plein de tendresse pour les siens, il les rassurait sur son état, et les consolait de ses propres maux. Entouré de ses parents, de ses élèves, de ses amis, Louis, Leuret, Moreau, Calmeil, avec Mitivié

et Baillarger, aujourd'hui ses successeurs à la Salpêtrière, il leur tendait ses mains défaillantes, et leur murmurait ses derniers adieux : « Je vous quitte, leur disait-il; souvenez-vous de moi; prospérez; mais surtout ne bannissez jamais d'entre vous la paix; cette paix qui est le gage le plus assuré de tous les bonheurs. » Pour sentir le charme et la force de ces divines paroles : Que la paix soit avec vous! il faut avoir sous les yeux ces anéantissements où tout s'évanouit par degrés, excepté la vue claire des vrais biens de ce monde. Enfin l'heure fatale arriva, et, le 12 décembre 1840, Esquirol s'endormit du sommeil du juste, dans les mains d'une religion sainte et consolatrice qui lui a ouvert les portes d'une éternité bienheureuse.

Esquirol avait épousé Anne-Constance Carré, modèle accompli de raison, de simplicité, de charité, de modestie. Elle avait fait de la famille de son mari sa propre famille. Elle la rattachait par des alliances aux Chapellier, aux Moreau, aux Vanin, l'ornement de la magistrature et du notariat. Quatre mois après la mort de son mari, cette digne et sainte femme a cessé de vivre. Esquirol n'a pas laissé d'enfants, à moins qu'on ne veuille honorer d'un si beau nom, et ses nombreux élèves, et surtout des neveux, dont l'un a professé le droit à Toulouse, et qu'un scrupule respectable a éloigné de sa chaire; dont l'autre siège dignement à la cour des comptes en qualité de référendaire; et le troisième, le docteur Mitivié, médecin de la Salpêtrière, qui s'est adjoint deux de ses confrères, Moreau et Baillarger, pour diriger de concert le bel établissement d'Ivry : trois hommes qu'une piété religieuse attache à la mémoire, à la doctrine et aux exemples d'Esquirol.

J.-E.-D. Esquirol a publié :

I. Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale. Paris, 1832, in-4°.

II. Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris, 1832, 2 vol. in-8°, avec un atlas de 27 planches.

Cet ouvrage est ainsi divisé :

Tome Ier. De la folie. — Des hallucinations. — Des illusions chez les aliénés (erreurs des sens). — De la fureur. — De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices. — De l'épilepsie. — Terminaisons critiques de la folie. — De la lypémanie, ou mélancolie. — De la démonomanie. — Du suicide. — Tome II. De la monomanie (monomanie érotique, monomanie raisonnante ou sans délire, monomanie d'ivresse,

monomanie incendiaire, monomanie homicide). — De la manie. — De la démence. — De l'idiotie. — Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer. — Des maisons d'aliénés. — Considérations générales. — Notices sur les principaux établissements d'aliénés de France. — Mémoire historique et statistique sur la maison royale de Charenton. — Notice sur le village de Gheel. — Mémoire en réponse à cette question : « Existe-t-il de nos jours un plus grand nombre de fous qu'il n'en existait il y a quarante ans. — Mémoire sur l'isolement des aliénés. — Mémoire sur la monomanie homicide. — Remarques sur les signes donnés par les auteurs comme propres à faire connaître si le corps d'une personne trouvée pendue l'a été après la mort ou pendant qu'elle vivait encore.

Cette énumération de toutes les parties qui composent l'ouvrage d'Esquirol, nous dispense d'indiquer la série de ses divers mémoires, puisqu'ils se trouvent réunis ici.

III. Examen du projet de loi sur les aliénés. Paris, 1838, in-8°.

DES PROGRÈS RÉCENTS

DE LA

MÉDECINE EN FRANCE

COMPARÉS

A CEUX DE LA CHIRURGIE,

PAR M. FRÉDÉRIC DUBOIS (D'AMIENS).

LU DANS LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 17 DÉCEMBRE 1844.

MESSIEURS,

L'article 9 de votre réglement établit que le secrétaire perpétuel a pour fonctions, de faire tous les ans, *conjointement avec le secrétaire annuel*, l'analyse de l'ensemble des travaux de l'Académie, l'éloge de ses membres décédés, et de présenter une esquisse des progrès de l'art de guérir dans toutes ses branches (1); conformément à ces prescrip-

(1) Déjà quelques uns des secrétaires de l'Académie nous avaient montré l'exemple, et s'étaient acquittés de cette tâche avec un rare talent; ainsi, M. Richerand, comme secrétaire de la section de chirurgie, avait composé dans ce même but *son histoire des progrès récents de la chirurgie*, histoire parfaitement écrite, comme tout ce qui est sorti de sa plume, mais un peu trop remplie des passions de son auteur.

M. Double avait inséré dans le premier volume des *Mémoires de l'Académie*, un compte-rendu des travaux de la section de médecine; M. Roux avait publié dans le troisième volume de la même collection, un compte-rendu des travaux de la section de chirurgie; aujourd'hui qu'il n'y a plus de secrétaire de section, j'ai pensé qu'un aperçu très général sur les progrès de l'art de guérir dans la première moitié du XIX^e^ siècle pouvait être de quelque intérêt, du moins comme point de départ de travaux plus importants.

C'était là du reste un magnifique sujet, et tel qu'il devait nécessairement surpasser mes faibles talents; aussi pourra-t-on dire : *Materia superabat opus*..

tions, M. le secrétaire perpétuel se réserve de vous offrir ultérieurement une analyse étendue de tous les travaux accomplis jusqu'à ce jour par l'Académie, aujourd'hui vous allez entendre de sa bouche l'éloge d'un de nos plus illustres collègues, de M. Esquirol; pour ma part, et pour obéir aussi au réglement, je me suis proposé, cette année, de vous présenter une *esquisse* générale des progrès de l'art de guérir, non dans toutes ses branches, cette tâche eût été au-dessus de mes forces, mais dans ses deux branches fondamentales, la *médecine* et la *chirurgie*, dont j'examinerai comparativement les progrès; c'est donc une simple esquisse que je vais avoir l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie; on la trouvera sans doute fort incomplète, mais j'ose espérer qu'on y reconnaîtra un esprit exempt de préjugés et tout entier au désir de rendre hommage à ceux qui ont bien mérité de la science.

Avant d'exposer comparativement quels ont été ces progrès, il est indispensable de jeter un regard en arrière, et de considérer quel était l'état des sciences médicales dans le siècle qui a précédé le nôtre : le dix-huitième siècle forme d'ailleurs une époque mémorable dans l'histoire des sciences d'observation, si le dix-septième a été, par excellence, le siècle de la pensée en s'attachant de préférence à la culture *des idées*, le dix-huitième a jeté un éclat non moins vif en s'attachant de préférence aux *faits*, ou du moins en appliquant la science des idées à celle des faits. La médecine à ce titre aurait dû en ressentir l'influence; mais il n'en a pas été ainsi. Le génie du dix-huitième siècle avait, et depuis longtemps, imprimé à presque toutes les branches des connaissances humaines un caractère éminemment progressif : les esprits ne voyaient plus de bornes à cette perfectibilité; ils la croyaient indéfinie à ce point que l'un des apôtres les plus fervents de cette doctrine, Condorcet, aurait cru volontiers à l'immortalité future des hommes sur la terre, et cela par suite de ce perfectionnement graduel et indéfini des sciences d'observation (1); et cependant la Médecine, dont on attendait de si grandes choses

(1) Voici les propres paroles de Condorcet :

« Personne ne doutera sans doute, dit-il, que les progrès dans la médecine conservatrice, » l'usage d'aliments et de logements plus sains, une manière de vivre qui développerait les » forces par l'exercice, sans les détruire par des excès, qu'enfin la destruction des deux » causes les plus actives de dégradation, la misère et la trop grande richesse, ne doivent pro- » longer pour les hommes, la durée de la vie commune, leur assurer une santé plus con-

se montrait réfractaire au génie de ce siècle; presque tout entière livrée à de vaines théories qu'elle considérait comme la plus haute expression scientifique, dédaignant les voies lentes, mais sûres, de l'observation, dominée par de vieilles traditions, pleine de respect pour tout ce qui avait le mérite d'être ancien, jalouse de ses gothiques priviléges, elle semblait résolue à ne jamais sortir de ces errements.

Si nous nous reportons, en effet, au commencement du dix-huitième siècle, nous y trouvons trois grandes réputations fondées presque uniquement sur le goût exclusif des spéculations abstraites : Boerhaave, Frédéric Hoffmann et Stahl venaient d'attacher leurs noms à des systèmes généraux qui allaient se partager presque tous les esprits (1).

» stante, une constitution plus robuste, on sent que les progrès de la médecine préserva-
» trice, devenus plus efficaces par ceux de la raison et de l'ordre social, doivent faire
» disparaître à la longue les maladies transmissibles ou contagieuses, et ces maladies gé-
» nérales qui doivent leur origine au climat, aux aliments, à la nature des travaux. Il ne
» serait pas difficile de prouver que cette espérance doit s'étendre à presque toutes les au-
» tres maladies, dont il est vraisemblable que l'on saura un jour reconnaître les causes
» éloignées.

» Serait-il absurde maintenant de supposer que le perfectionnement de l'espèce humaine
» doit être regardé comme susceptible d'un progrès indéfini, qu'il doit arriver un temps où
» la mort ne serait plus que l'effet, ou d'accidents extraordinaires ou de la destruction de
» plus en plus lente des forces vitales, et qu'enfin la durée de l'intervalle moyen entre la
» naissance et cette destruction n'a elle-même aucun terme assignable? » (*Esquisse d'un tableau des progrès de l'esprit humain*, X^e^ époque.)

On aurait pu répondre à cela que quand bien même on éloignerait de nous toutes les causes accidentelles de maladies, la mort n'en surviendrait pas moins par l'épuisement normal du principe de la vie, et après une durée facilement assignable. Si, en effet, la durée de la vie *moyenne* va sans cesse en augmentant avec les progrès de la civilisation, il n'en est pas de même de la durée de la vie *normale;* celle-ci reste toujours à peu près la même : les centenaires étaient aussi rares chez les Grecs et les Romains qu'ils le sont aujourd'hui chez nous. Nestor avait vécu trois âges d'hommes, environ quatre-vingt-dix ans! et on le citait comme un exemple de vieillesse avancée.

Les perfectionnements de l'hygiène ne peuvent donc en rien reculer le terme de la vie *normale*, et quand à la durée de la vie *moyenne*, en admettant un accroissement continu et proportionnel à celui qu'on observe depuis qu'on rédige des tables exactes de mortalité, on sent que si cet accroissement pouvait atteindre l'étendue de la vie normale, il ne pourrait aller au-delà, et certes ce serait un résultat dont il faudrait s'applaudir; mais ce résultat lui-même n'est pas à espérer.

(1) Par une singulière coïncidence, Boerhaave, Hoffmann et Stahl naquirent tous les trois

Ces trois grands hommes entreprirent ainsi, non de contribuer à l'avancement de la science, mais de la reconstituer intégralement.

C'est dans ses *Institutions* et dans ses *Aphorismes* que Boerhaave a développé un système qui devait renverser la *chémiâtrie* de Sylvius; mais qui au fond n'était qu'un mélange de méthodisme et d'humorisme (1); on y retrouve, en effet, cette fibre élémentaire qui peut avoir trop de force ou ne pas en avoir assez; de là l'extravasation ou la pénétration du sang dans des capillaires qui ne lui étaient pas destinés, ou la fameuse *erreur de lieu* si souvent invoquée par les pathologistes de l'époque. Tout devait se rallier autour de ces principes, qui n'étaient rien moins que prouvés (2); mais le génie de Boerhaave les avait fait uni-

dans le court espace de huit ans, et moururent également dans un intervalle de huit années.

Boerhaave est né en 1668, Hoffmann en 1660, et Stahl en 1660.

Boerhaave est mort en 1737, Hoffmann en 1742, et Stahl en 1734.

(1) Pour beaucoup de personnes qui n'ont jamais pris la peine de lire Boerhaave, il y a une grande témérité à oser s'élever contre d'aussi grandes réputations, ou même à en chercher les fondements. On sait bien que leurs systèmes sont inadmissibles, faux même, mais on n'en persiste pas moins à les regarder comme des dieux de la médecine. Pour moi, je le déclare, les idées générales étant reconnues inapplicables, c'est vers les faits particuliers que je me suis reporté pour juger de la valeur de leurs travaux : je n'ai pas d'autre *criterium*. Quel but devons-nous nous proposer en fin de compte? de guérir les maladies, sans doute; or, pour guérir les maladies, il faut au moins en connaître les véritables caractères; je cherche donc tout d'abord sans me laisser arrêter par de grands mots, je cherche dans les livres de ces auteurs des histoires de maladies, ou générales, ou particulières, et ceci me suffit pour apprécier quel était alors l'état de la science. C'est ainsi que j'ai constamment procédé à l'égard de Boerhaave, de Fréd. Hoffmann, de Stahl, de Bordeu, etc., etc. Quelques courtes citations montreront comment les faits particuliers ont été traités par ces auteurs. Cette méthode peut être vulgaire, commune, mais je la crois bonne.

(2) Le plus bel éloge qu'on croyait pouvoir faire de Boerhaave, c'était de le comparer à Hippocrate, et on ajoutait que cet Hippocrate avait eu son Galien dans la personne de Van-Swiéten. Mais il est curieux de voir ce que cet illustre commentateur a fait des aphorismes de son maître; on n'a qu'à ouvrir ses commentaires sur les fièvres, et on y verra que l'*apoplexie ne peut guérir que quand la fièvre s'élève et se met de la partie* (*Comment. sur la fièvre*, 558); on y verra que la *fièvre apaise les coliques et calme le foie*. Et tout cela était donné comme articles de foi; pourquoi? parce que Hippocrate l'avait dit! parce que Celse l'avait affirmé! Il n'y avait donc pas à examiner si le fait était exact ou non.

On y verra encore que les effets de la fièvre sont : l'impulsion plus forte des liqueurs, leur expulsion accélérée....., l'assimilation des crudités qui résistent, leur coction, etc., etc. (*loc. cit.*, 587). Quant aux preuves, le commentateur n'en administre aucune, tout au plus cite-t-il ce qu'il appelle des exemples, comme celui-ci, qu'il trouve d'une *conviction* sans

versellement accepter, et de toutes parts on venait rendre hommage à ce grand praticien. Né dans l'indigence, il laisse une fortune de quatre millions à sa fille, et la ville de Leyde lui élève un monument avec cette inscription :

Salutifero Boerhaavii genio sacrum.

Frédéric Hoffmann cherche comme Boerhaave à systématiser des connaissances encore imparfaites. Reprenant les idées de Baglivi et de Prosper Alpin, il se rapproche davantage du méthodisme ; c'est toujours cette même vue de l'esprit qui suppose l'existence d'une fibre élémentaire, fibre essentiellement motrice, qui peut se trouver douée tantôt d'un excès et tantôt d'un défaut de *ton;* théorie aussi vieille que la science, et qu'on voit reparaître d'âge en âge depuis Thémison de Laodicée jusqu'à Broussais.

Mais dans cette même université de Halle où Frédéric Hoffmann cherchait à remettre en honneur cette doctrine, Stahl professait un tout autre système, un système plus ingénieux, plus profond, plus savamment coordonné, et qui procédait du *cartésianisme.*

On sait que Descartes, par de lumineuses définitions, avait posé de nouveaux principes en psychologie ; qu'il avait enfin et à jamais distingué la diversité d'essence du moral et du physique dans l'homme ; qu'il avait fondé ce que depuis on a appelé, en mémoire de son auteur, *le dualisme cartésien.* Stahl, à son exemple, établit en physiologie un dualisme non moins absolu, non moins positif ; c'est celui qui différencie le principe de la vie d'avec les éléments matériels de l'économie.

Descartes, par une conception immédiate, était arrivé à ce fait inniable, à ce principe éternel, que l'homme, par cela même qu'il pense, se sent : chose *qui est*, chose *qui existe*, et qu'essentiellement sa personne *c'est l'esprit* (1).

réplique pour prouver la coction des humeurs : Dans les maladies inflammatoires de la poitrine, dit-il, les molécules du sang subissent une altération ; le mouvement de la fièvre les pousse, les brise, les détache, les sépare, les pétrit et les convertit en une liqueur homogène, blanche, douce, légère, égale, qu'on appelle pus, lequel est expulsé par la voie des crachats, et alors les maladies se guérissent heureusement ! ! (*Loc. cit.*)

Et voilà les lumières que Van-Swiéten apporte dans les aphorismes de son maître Boerhaave !

(1) On ne connaît pas assez quelle aurait pu être l'influence de Descartes sur la marche des

Stahl arrive à une conclusion analogue en physiologie; par la voie de l'observation, il remonte à la cause première de la vie, il en constate la nature, et prouve que cette cause substantielle ne saurait être confondue avec la matière, que c'est elle, au contraire, qui anime et vivifie cette matière.

Mais ce système ne sera pas moins stérile que ceux de Boerhaave et de Frédéric Hoffmann; aucune application fructueuse n'en pourra être faite en pathologie; il restera à l'état de conception brillante, attestant un noble génie. Les médecins qui feront profession d'adopter le *stahlianisme* n'y chercheront en réalité que ce qui pourra concorder avec

sciences d'observation; une citation que nous allons emprunter à M. Cousin pourra donner une juste idée de l'action exercée par ce grand homme sur les sciences philosophiques, et partant de celle qu'il aurait pu exercer sur les sciences médicales.

» Descartes, dit M. Cousin, est venu tout renouveler et tout raffermir. On ne sait, on ne » peut savoir quels services a rendus Descartes qu'après avoir sondé longtemps le vide qu'a- » vait laissé dans les esprits et dans les âmes la chute de la scolastique, et reconnu la » variété des efforts qu'avait faits d'abord l'esprit humain pour combler ce vide par des sys- » tèmes plus ou moins empruntés à l'antiquité : conceptions artificielles, pleines d'esprit et » d'imagination, mais sans vrai génie, qui se dissipaient d'elles-mêmes à mesure qu'elles pa- » raissaient..... La législation que Descartes a donnée à la philosophie n'est point un système; » c'est mieux que cela, c'est une méthode et une direction immortelle. » (*Des pensées de Pascal*, p. 159 et 160.)

Voilà précisément ce qui aurait pu guider les esprits en médecine comme en philosophie, si on avait su apprécier cette méthode. Notre scolastique, à nous, c'était l'hippocratisme et le galénisme, c'était notre philosophie médicale; mais celle-ci est restée en vigueur longtemps après Descartes et après ses deux illustres sectateurs, à savoir, Stahl et J.-L. Petit; il aurait fallu rompre avec ces vieilles méthodes qui ne pouvaient systématiser les faits ou en révéler l'essence. Et d'ailleurs qu'était-ce au fond que l'hippocratisme? quelle philosophie pouvait-on comprendre sous ce nom? Il y a de tout dans Hippocrate, de l'empirisme et du rationalisme, de l'humorisme, du solidisme et du pneumatisme! et quant aux faits d'observation, bien qu'on ait fait grand bruit de la prétendue méthode expérimentale du père de la médecine, on peut dire qu'il n'y en a pas; ce sont presque toujours des sentences, des oracles qui se prêtent à toutes les interprétations.

Dans Galien il y a des faits assez nombreux : c'est la plus forte et la plus vaste tête de l'antiquité; mais l'esprit de système en tirait les plus fausses interprétations. Et chose remarquable, ce ne sont pas ces faits qu'on allait chercher dans Galien; on y exaltait de préférence, je pourrais même dire exclusivement, un humorisme absurde. Telle était, je le répète, la scolastique médicale, et cette scolastique résista aux efforts du cartésianisme, pour ne tomber qu'à une époque bien plus rapprochée de nous.

les doctrines de l'antiquité, et en particulier avec le *naturisme* d'Hippocrate.

Ainsi Bordeu était animiste; mais il tenait avant tout à démontrer qu'Hippocrate était *infaillible*. L'observation n'était vraie pour lui que quand elle concordait avec les paroles du père de la médecine, c'est ce qu'il avoue lui-même ingénument.

« *J'étudiais*, dit-il, *les prénotions de Cos, il y a vingt-cinq ans, avec mon ami Lamure, aujourd'hui professeur à Montpellier; nous suivions les maladies, et chacun en cherchait de son côté l'explication, la clef et les fondements dans les sentences d'Hippocrate.* » (*Recherches sur le tissu muqueux*, p. 95.)

Étrange préoccupation d'aller ainsi chercher au berceau de la science la solution de problèmes soulevés par l'expérience journalière! Et cependant Bordeu sentait lui-même que ces *prénotions* tant vantées n'étaient rien moins que claires et satisfaisantes. « *Ces sentences ne nous rebutaient pas*, dit-il, *quoiqu'elles soient très fastidieuses et inintelligibles; nous faisions chaque jour des tentatives, et cela pendant toutes nos jeunes années, qui se sont écoulées dans les hôpitaux, auprès des malades.* » (*Loc. cit.*) Et c'est à ce travail ingrat que se condamnaient les meilleurs esprits! C'est ainsi qu'ils consumaient leurs plus belles années dans les hôpitaux! Aussi, voyez à quelles idées ce culte aveugle pour les anciens avait conduit Bordeu : il croyait, avec Galien, que la cause ordinaire de la péripneumonie est un *sang pituiteux!* que le poumon *attire* les humidités des glandes de la langue et des environs! (*Op. cit.*, p. 192.)

Qu'Avicenne a très bien expliqué les choses, en disant qu'il tombe sur le poumon une très grande quantité de vapeurs et beaucoup de matières catarrheuses qui viennent de la tête! (*Loc. cit.*)

Bordeu observait chaque jour des angines; mais pour savoir ce que c'est au fond qu'une angine, il consultait Hippocrate, et il s'assurait ainsi que *c'est un mouvement violent de la nature qui fait effort pour trouver dans la gorge une issue qui dégage les poumons.* (*Op. cit.*, p. 148.)

Et comme une saine thérapeutique est fondée sur une bonne théorie, il en concluait que, *quand on s'opiniâtre à faire disparaître le mal de gorge par des saignées abondantes, on fait tomber la matière sur les poumons* (1).

(1) C'était assurément une exagération de la part de Bordeu, exagération qui avait son

Cette conviction était si forte chez Bordeu, que quand il voyait une tumeur au fond de la gorge, il trouvait que c'était un *bon signe!* Hippocrate l'avait dit; d'autres, moins confiants que lui dans les prénotions de Cos, soutenaient qu'*augmentation de mal n'est pas signe de santé*; mais Bordeu, voulant, comme il le disait, *sauver l'honneur de Cos*, répliquait que le mal se préparait ainsi une issue au dehors, et que si l'on guérissait quelques malades avec des saignées abondantes, c'est que *parfois la nature les sauve à travers le chamaillis et la pétulance du traitement.* (*Op. cit.*, p. 139.)

La déférence pour les anciens n'était pas moindre de la part des iatro-mécaniciens et de la part des sectateurs d'Hoffmann. M. Bousquet nous a dit tout récemment quel était le profond respect et l'espèce d'adoration que Fouquet professait pour Hippocrate (1). En théorie, Fouquet avait adopté les idées de Baglivi et d'Hoffmann; il croyait aussi à l'existence d'une fibre primitive, fibre unique, vivante, nerveuse, partout identique, fibre que Fouquet n'avait jamais vue, bien entendu, ni même cherché à voir, pas plus que ses maîtres, et à laquelle il attribuait deux forces distinctes; accommodant ensuite toute sa pathologie à ce dualisme physiologique, il ne pouvait y avoir pour lui que deux sortes de maladies. (*De fib. nat.*, etc.)

Mais c'est comme praticien que Fouquet avait acquis une immense réputation. Fouquet, dit-on, excellait dans l'art sphygmique, et pour établir des règles infaillibles, il avait composé son fameux *Essai sur le pouls*. On sait qu'il distinguait un pouls *capital*, un pouls *guttural*, un pouls *pectoral*, etc.; qu'on pouvait subdiviser son pouls *capital*, car il comprenait

principe dans une fausse théorie (le naturisme); d'autres ont exagéré les choses en un sens contraire. Pour avoir une idée exacte des effets de la saignée dans ces sortes d'affections, il faut lire le mémoire que M. Louis a publié, pour la première fois, dans les *Archives*, en 1828, et qui a pour titre : *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*. En 1835, M. Louis en a publié une 2e édit. augmentée, in-8° de 120 pag.

Les résultats de l'observation consignée dans ce travail ont d'abord été un sujet de doute et même de scandale pour beaucoup de médecins. Le beau travail de M. Grisolle sur la pneumonie, ouvrage récemment couronné par l'Académie, a confirmé le résultat des recherches de M. Louis, en ce qui concerne cette maladie. Jusqu'au moment où parut ce travail, on avait procédé avec peu de rigueur dans l'étude des effets de la saignée dans les maladies aiguës.

(1) En mettant les pieds dans l'amphithéâtre, ses regards se tournaient vers le buste d'Hippocrate, qu'il contemplait quelques instants, comme pour s'inspirer de son génie. A force

nécessairement le pouls *nasal;* mais le pouls *pectoral* était unique. Sans doute, disait Fouquet, il y a plusieurs organes dans la poitrine, tels que les poumons et le cœur; mais, ajoutait ce grand praticien, *on ne possède point d'observations sur les modifications du pouls dans les cas d'affection immédiate du cœur, ou de vice local bien constaté de ce viscère.* (*Essai sur le pouls*, c. VIII.)

C'est-à-dire que Fouquet, qui ne faisait pas difficulté d'admettre un pouls des règles, un pouls des hémorrhoïdes, un pouls des lochies, etc., ne croyait pas que le pouls pût offrir de modifications quand c'est l'organe central de la circulation, l'organe moteur lui-même qui est affecté! La science en était là (1).

de le lire et de le méditer, il s'identifia tellement avec son modèle, que ses disciples croyaient entendre Hippocrate lui-même, et tout favorisait l'illusion : une taille élevée, une physionomie calme et sereine, un regard plein de feu, une contenance imposante, la démarche d'un esprit méditatif, un air de dignité répandu sur toute sa personne. Tel était Fouquet, et tel l'imagination aime à se représenter le père de la médecine. (*Éloge de M. Double*, par M. Bousquet.) Tout cela, assurément, pouvait être d'un fort bel effet; mais, de nos jours, on y attacherait fort peu d'importance. Ce qu'on cherche dans un professeur, c'est un enseignement solide et profitable. La science médicale ne vient pas d'en haut, elle ne s'inspire pas; elle s'acquiert par des études sérieuses : voilà ce que chacun sait, et il n'y a plus moyen d'imposer à personne sous ce rapport.

(1) Mais si Fouquet ne connaissait pas les modifications du pouls dans les cas d'affections du cœur, il en avait imaginé qui passent toute croyance.

Ainsi, le pouls *guttural* est parfaitement défini dans son livre; il n'y avait pas à s'y tromper : *En pressant l'artère*, dit Fouquet, *on sent un renflement considérable dans tout l'espace pulsant* (*op. cit.*, c. X).

Le pouls intestinal est tout différent; on ne sent plus une bosse sur l'artère, mais comme un *petit osselet*, ou *grain de sésame qui glisse le long de l'artère en forme de petit dard* (c. XV).

Et notez que Fouquet a fait graver tout cela; on voit sur sa planche des artères surmontées de bosses, de petits osselets, etc.

Dans les hémorrhagies, suivant Fouquet, le pouls donne la sensation de petits corps ronds, qui semblent s'échapper de l'artère déchirée et comme frangée.

Dans la dysenterie, assure toujours Fouquet, le pouls donne la sensation d'une *petite brosse* de peintre!

Fouquet a une collection de faits pour mettre tout cela hors de doute.

Je n'en citerai qu'un, qui n'est pas des moins curieux : c'est le premier de sa collection; d'après celui-ci, on jugera des autres.

Un M. Pottingon voulait mettre le talent de Fouquet à l'épreuve; il l'attend un matin à la porte de l'hôpital Saint-Eloy..... Il le conduit près d'un malade. Fouquet tâte le pouls,

C'est à peu près à cette même époque que Sauvages, croyant faire merveille en transportant en pathologie les méthodes des botanistes, avait classé les maladies dans un ordre qu'on a regardé longtemps comme très méthodique.

Sauvages était très pénétré de l'excellence de sa méthode; il y avait consacré sa vie tout entière, et pour prouver combien elle était simple, naturelle et lumineuse, voici l'exemple qu'il proposait : il y a, disait-il, 2,700 espèces de maladies, comment démêler dans un cas particulier celle que l'on a actuellement sous les yeux? Rien de plus simple, il faut procéder comme les botanistes. Par exemple, reprend Sauvages, *on trouve une femme étendue par terre* (*sic*) sans aucun signe de sentiment et de mouvement; mais comme elle respire avec *ronflement* et que son pouls est *plein et mou*, il faut se reporter à la cinquième classe, et dans cette classe à l'ordre des affections *comateuses* ou *soporeuses;* or, comme sur vingt-sept ordres de maladies on n'en a plus qu'*un* à examiner, il en résulte, ajoute Sauvages, que déjà on a *vingt-sept fois moins de peine* que si on s'y était pris autrement. Mais ce n'est pas tout; dans chaque ordre il y a dix genres, on y regarde donc d'un peu plus près, et comme on trouve chez cette même femme du *stertor* et de la *résolution*, on en conclut que l'on a sous les yeux le genre APOPLEXIE, ce qui donne encore *dix fois moins de peine;* ou, si l'on aime mieux, comme il y a dix genres pour chacun des vingt-sept ordres, il ne reste plus, dit encore Sauvages, que la deux cent soixante-dixième partie du travail! Pour ce qui est ensuite d'arriver à l'*espèce*, c'est un jeu pour le médecin au courant de la méthode, et c'est ainsi qu'il sera arrivé parmi les 2,700 espèces de maladies à celle de la femme qu'il aura rencontrée par terre!!

Voilà textuellement le lumineux procédé indiqué par Sauvages pour diagnostiquer à coup sûr les différentes maladies; et Sauvages s'applaudissait d'autant plus d'avoir imaginé cette méthode, qu'elle dispensait,

et déclare tout aussitôt que le poumon est affecté! Suivant lui, il n'y avait pas à s'y tromper, on sentait au milieu de l'artère un *renflement en forme de montagne unie :* Ah! pour le coup, vous vous trompez! s'écrie M. Pottingon, cet homme ne se plaint que de douleurs vagues! Mais le malade, qui sous sa couverture entendait le débat, s'écrie à son tour que la vérité est ce que vient de dire M. Fouquet, et il y avait dans son crachoir des crachats muqueux et jaunâtres.

On n'eut rien à répliquer, et Fouquet sortit vainqueur de cette épreuve! C'est ainsi qu'on observait alors à Montpellier.

suivant lui, de toute instruction préalable, qu'il n'était plus besoin de connaître ni anatomie, ni physiologie, ni pathologie!

Personne, assurément, ne s'aviserait aujourd'hui de prendre au sérieux une classification dans laquelle se trouvent rangés comme espèces morbides les *essoufflements* et même les *caprices*.

Ce que nous voulions montrer ici c'est que même dans les tentatives faites pour se rapprocher des méthodes en usage dans les sciences exactes, on s'éloignait plus que jamais de la voie du progrès.

Mais ce qui avant tout devait empêcher les médecins d'entrer dans cette voie, c'était cette obligation que tous semblaient s'être imposée, d'exalter sans cesse les anciens, et de se conformer de tout point aux principes qu'ils avaient posés.

Les écrivains du grand siècle avaient en vain couvert du ridicule cette déférence aveugle pour les opinions les plus surannées, pour tout ce qui venait des anciens; les corporations médicales n'en restaient pas moins opiniâtrément attachées aux doctrines de l'antiquité, c'était pour elles comme une question d'existence; il était de principe de s'opposer à toute innovation, d'empêcher toute découverte. L'ancienne Faculté de médecine de Paris était la plus ardente dans la défense de tous ces abus, elle se proclamait *antiquarum tenax!* et lorsque les hommes les plus éminents de l'époque, les Lieutaud, les Vicq-d'Azyr, Lorry, de Lassone, Thouret, de Jussieu, Tessier, etc., obtinrent l'autorisation de se former d'abord en simple *comité de correspondance* avec tous les praticiens du royaume, dans le seul but de réunir des matériaux jusque là épars et de constituer enfin la science; le plus violent orage éclata contre ces hommes généreux; la Faculté de médecine de Paris, comme l'a dit l'un des panégyristes de Vicq-d'Azyr, M. Lemontey, prétendait rester fièrement assoupie dans sa pourpre et son hermine, dans ses priviléges et ses langues mortes, et retenir la médecine tout entière emprisonnée dans ses formes.

Ses propres enfants voulaient se former en société de médecine; mais c'était pour elle un *avilissement redoutable*. Elle le disait dans sa supplique au roi (1).

Cette entreprise inouïe, ajoutait-elle, *lui inspirait les plus vives*

(1) La Faculté, dans cette même supplique au roi, descendait jusqu'aux détails les plus

alarmes, et ne lui laissait entrevoir que renversement de l'ordre et dégradation de la médecine! (*Très humble et très resp. supp.*)

Il y eut alors deux camps en médecine : celui des *facultaires* et celui des *sociétaires*. L'ancienne réputation de causticité acquise aux fils d'Hippocrate, a dit M. Lemontey, ne pâlit pas en cette circonstance; les robes de *Rabelais* et de *Guy-Patin* furent de nouveau secouées, et il en tomba une grêle de pamphlets plus remarquables par l'esprit que par le goût, par l'amertume que par la raison.

Nos discussions contemporaines ne sont rien, en effet, auprès de la virulence de cette guerre de pamphlets. Mais, il faut le dire, la violence, l'âcreté, le scandale, vinrent surtout du côté des *facultaires :* personne, dans la nouvelle société, ne fut épargné; on commença par de Lassone, qui, comme premier médecin de la reine et premier médecin du roi en survivance, avait contribué plus que tout autre à l'établissement de la société (1).

Vicq-d'Azyr, l'âme de la société, son plus bel ornement, l'homme le plus pur, le plus instruit et le plus éloquent de son époque, est l'objet d'attaques non moins indécentes, mais plus perfides encore. On l'accuse d'*athéisme;* il est dénoncé dans un pamplet comme ayant dit qu'il ne croyait pas plus à la religion qu'à la médecine! Et pour que rien ne manque à l'accusation, on ajoute que le propos a été tenu chez M. Mau-

honteux; elle représentait au roi qu'il venait d'accorder sur son trésor 20,000 livres à la nouvelle société, et 20,000 livres sur les redevances des eaux minérales, tandis qu'elle se trouvait, elle, hors d'état de subvenir à ses dépenses (*loc. cit.*).

(1) La Faculté dénonça de Lassone comme un intriguant; Andry et Bouvart cherchèrent à le couvrir de ridicule. Andry, qui s'était d'abord fait affilier à la société, et qui fit ensuite amende honorable, prit à part chacun de ses anciens collègues. Pour éprouver la société, disait-il dans sa lettre au doyen de la Faculté, il l'avait mise au creuset; mais il n'en avait vu sortir que des gens malhonnêtes, faux, ou des moutons, et le premier produit en avait été le *fameux* de Lassone. (*Lettre au doyen de la Faculté.*)

Attaquant de Lassone jusque dans sa vie privée, Andry se livre aux personnalités les plus indécentes : C'est un vieux libertin, dit-il, qui a fini par se repentir et faire légitimer ses enfants.

Un autre facultaire va plus loin : il ose imprimer que Lassone s'est emparé d'une somme de 50,000 écus, destinés, par le comte d'Artois, aux officiers de sa maison.

Un autre, enfin, ajoute qu'à raison de ses travaux, de Lassone devrait être couronné, non avec des feuilles de chêne ou de laurier, mais avec du persil.

(*Lettre d'un amateur à un médecin de province.*)

duyt, devant douze ou quinze personnes, et notamment devant MM. Hallé et Bourdois de Lamotte, au grand scandale de M. Bourdois de Lamotte, ajoutait-on, car celui-ci a cette candeur et cette honnêteté propres au premier âge, il croit aux mœurs, à la religion et à la médecine! (*Lettre à M. Paulet.*)

Andry n'est que ridicule dans ses attaques contre Vicq-d'Azyr; il le compare emphatiquement à Cromwell! Mille traits de ressemblance, dit-il, les rapprochent : ambition démesurée, hypocrysie profonde, politique adroite, etc... Cromwell, s'écrie-t-il, a voulu détruire la race des rois, et toi, tu as voulu détruire la Faculté de médecine de Paris! (*Lettre à M. Levacher*) (1).

Mais détournons nos yeux de ces honteuses discordes qui remplissent si tristement les dernières périodes de l'histoire de la médecine au XVIII^e^ siècle, et voyons quel a été le rôle de la chirurgie dans ces mêmes années.

Grâce au génie d'Ambroise Paré et de Franco, la chirurgie s'était enfin constituée; mais elle n'avait pu encore se développer par un enseignement méthodique et libéral. Dans la première moitié au moins du XVIII^e^ siècle, la chirurgie n'était qu'un métier, elle exigeait un apprentissage; on était d'abord garçon chirurgien, puis on gagnait maîtrise; l'Académie royale de chirurgie dut sortir presque tout entière de la boutique des maîtres barbiers. Il y a plus : les chirurgiens, loin de se trouver avilis par cet ignoble contact, luttèrent pendant de longues années avec la corporation des barbiers et des perruquiers pour partager ces avilissants priviléges (2). Qui ne connaît les fameuses querelles des barbiers, des perruquiers et des chirurgiens? Et cependant, comme l'a

(1) Après Vicq-d'Azyr, vient le tour de Geoffroy : Andry ne sait dans quel genre il doit placer un tel *insecte*. Bucquet n'a que de la gloriole. Charles Leroy a laissé à Montpellier sa réputation, honteuse de le suivre. Lafisse est un petit docteur amphibie, qui quitte la Faculté pour la société, et la société pour la Faculté. De Jussieu, héritier de trois hommes illustres, garde 1,500 livres de pension, est caissier de la société, et veut passer pour avoir l'âme honnête! (*Loc. cit.*)

(2) La Faculté protégeait tout particulièrement les barbiers; elle avait donc vu, avec une grande satisfaction les chirurgiens lettrés solliciter la confraternité de ces barbiers; le parlement de Paris, en 1660, avait ratifié cette union. Dès lors, les chirurgiens-jurés furent réunis aux barbiers-chirurgiens, et *soumis* à la Faculté de médecine. Il fut, de plus, in-

dit M. Malgaigne (1); c'est avec ces tristes éléments qu'un homme de cœur et de génie, J.-L. Petit, songea à assurer du même coup la dignité de l'art et l'avenir de la science!

Nous avons dit, tout-à-l'heure, que Lieutaud et Lassone, l'un premier médecin du roi Louis XVI, l'autre premier médecin en survivance, avaient obtenu l'institution d'une société royale de médecine; nous devons dire ici qu'ils n'avaient fait en cela que suivre l'exemple qui leur avait été donné par Mareschal, premier chirurgien du roi Louis XV, et par Lapeyronie, premier chirurgien en survivance. C'est à ces hommes généreux qu'on dut la fondation de l'Académie royale de chirurgie. Mais l'homme qui remplit véritablement ce siècle chirurgical, qui le domine de toute la hauteur de son génie, c'est J.-L. Petit, à ce point qu'après sa mort, comme l'a dit encore M. Malgaigne, ce n'a pas été de trop de l'Académie royale de chirurgie tout entière pour le remplacer, puisqu'il n'y comptait que des élèves et assurément pas d'égaux. (*XI^e^ lettre sur l'histoire de chirurgie.*)

C'est que ce grand chirurgien, et en cela je suis parfaitement d'accord avec M. Malgaigne, avait adopté les principes à la fois si féconds et si élevés du cartésianisme, de sorte que tout ce qu'il y a eu de grand et de durable en médecine et en chirurgie, dans le XVIII^e^ siècle, procédait de Descartes. J.-L. Petit, assurément, n'avait adopté ni la psychologie ni l'anatomie de Descartes. Il n'aurait eu rien à faire de la première en chirurgie, et il connaissait trop les erreurs grossières qui fourmillent dans la seconde. Mais il avait adopté et introduit le premier, en chirurgie, la *méthode* de Descartes (2). Il avait rompu avec un passé qui ne pouvait conduire à la vérité, et si l'Académie royale de chirurgie avait été fidèle à ses grands principes, ses travaux seraient restés sans tache. Mais, il faut

terdit aux chirurgiens de prendre la qualité de bachelier et celle de docteur ès collége, comme aussi de porter robes ni bonnets.

Les chirurgiens renoncèrent volontiers à tous ces priviléges, pour avoir le droit de *friser le poil!* Tel était l'état de la chirurgie avant la création de l'Académie.

(1) *Œuvres complètes d'Amb. Paré.* Paris, 1840, t. I. Introduction, pag. CXXXV.

(2) M. Malgaigne se propose de publier prochainement un historique détaillé de cette grande et intéressante question du cartésianisme en chirurgie; en attendant, je m'empresse de consigner ici la note qu'il a bien voulu me communiquer à ce sujet.

Il y a, dit M. Malgaigne, entre la chirurgie des XVI^e^ et XVII^e^ siècles, et la chirurgie du XVIII^e^ siècle, une différence tellement tranchée, qu'il est impossible de la méconnaître. Ni le langage ni les idées ne sont les mêmes; les travaux scientifiques ont pris une forme nouvelle; mais c'est surtout la manière de raisonner qui distingue les deux écoles. Aux théories

le dire, cette illustre société, après les avoir fait inscrire sur le frontispice du monument qu'elle a élevé à la science, est tout aussitôt retombée dans les erreurs qu'elle avait elle-même signalées. Elle ne sut pas non plus

humorales de Galien ont succédé les conceptions des chimistes; les recueils d'observations isolées ont fait place aux mémoires; le respect pour l'autorité s'est changé en un mépris absolu pour l'autorité; en chirurgie, comme dans toutes les autres sciences, la raison est passée souveraine, et passe même quelque peu avant l'expérience; il s'est fait là bien plus qu'une réforme; c'est une véritable révolution.

Le caractère de cette révolution n'est pas moins facile à saisir; ce sont les idées de Descartes qui triomphent; la chirurgie est devenue cartésienne. Ceux qui se trouvent à la tête du mouvement, les instituteurs et les chefs de l'école nouvelle, eurent-ils bien la conscience de leur œuvre, ou ne firent-ils que suivre, à leur insu, une impulsion venue d'ailleurs? La chose en soi importe assez peu; et il suffirait, pour attester l'influence de la doctrine, de voir les fruits qu'elle a portés. Toute intelligence, si haute et forte qu'elle soit, reçoit toujours une empreinte plus ou moins marquée du milieu dans lequel elle vit; et il n'y aurait rien de bien étonnant que J.-L. Petit, comme beaucoup de chirurgiens de notre époque même, eût été cartésien sans le savoir. Mais l'étude attentive de sa vie et de ses écrits nous conduit à une opinion toute contraire, et qu'il suivait Descartes, sachant qu'il le suivait.

Malgré l'état d'infériorité des barbiers-chirurgiens de Paris, ils étaient attachés de trop près à la Faculté de médecine pour n'avoir pas prêté quelque attention aux luttes violentes qui éclatèrent dans cette savante compagnie, lorsque les doctrines anciennes, en opposition avec les idées nouvelles, avaient enfin été vaincues par une majorité de 92 voix. L'Académie des sciences, fondée la même année, s'était déclarée cartésienne; et déjà quelques chirurgiens y avaient pris place. Mais enfin, si le commun des barbiers, habitués à apprendre la chirurgie dans leur *guidon*, étaient restés indifférents à ces hautes discussions, l'un des membres de la docte Faculté, J.-B. Verden, se chargea de les faire marcher avec leur siècle; il écrivit pour eux cette fameuse *Pathologie de chirurgie*, qui fut reçue avec acclamation par la confrérie de Saint-Côme, et qui n'eut pas moins de six éditions en vingt-quatre ans. L'auteur apprenait à ses élèves que les principes qui avaient jusque là servi de fondement à la chirurgie étaient *obscurs et faux;* que la chirurgie ne pouvait recevoir d'accroissement que par la philosophie; mais que la philosophie qu'il fallait étudier n'était plus celle d'Aristote, mais bien celle du *célèbre M. Descartes.*

J.-L. Petit avait dix-neuf ans quand ce livre parut; ce fut donc là son *vade mecum;* et il se trouvait en quelque sorte réduit à cet unique ouvrage pour l'apprentissage de la chirurgie. Mais, avec l'éducation fort incomplète que recevaient les barbiers d'alors, on peut bien croire que ce qui frappa le plus notre jeune cartésien, ce ne furent point les principes philosophiques; ce furent surtout les théories chimiques et mécaniques dont Descartes avait eu le malheur d'infecter la médecine: aussi, dans son premier ouvrage, publié en 1705, se complaît-il dans les théories et les raisonnements à perte de vue; l'élève est, à cet égard, aussi embrouillé que le maître. Seulement, ce qui montre déjà une force d'esprit peu commune, ne voulant pas

se tenir en dehors des systèmes et des théories qui changeaient si souvent les bases de la médecine, et comme ses membres ne savaient pas même se tenir au courant des théories régnantes, ils s'attachèrent presque

copier ses devanciers, pour lesquels on lui avait inspiré un profond mépris, il refait à lui seul une bonne partie de l'histoire des fractures et des luxations; et c'est là qu'on trouve, par exemple, son ingénieuse théorie des fractures des côtes, à laquelle Dupuytren croyait encore, et qui, peut-être même, n'a pas encore perdu tous ses partisans aujourd'hui.

Mais les années, en mûrissant son esprit, lui révélaient tout ce qui lui manquait pour prendre un libre essor; en 1714, à quarante ans, il se décide à apprendre le latin. L'année d'après, il est admis à l'Académie royale des sciences; et il se hâte d'y lire quelques méchantes observations, quelques descriptions de machines insignifiantes; puis il s'arrête. On dirait qu'il hésite, qu'il sent bien qu'il n'est pas dans le vrai chemin; mais qu'il ignore la direction qu'il doit suivre. Il garda ainsi le silence pendant quatre ans; et lorqu'enfin il reprit la parole, en 1722, il ne se borna plus à de stériles observations; il avait compris, par l'exemple de Littre, son premier maître, à lier les faits entre eux par le raisonnement, à en tirer des déductions; il était arrivé, non sans peine, comme on le voit, à cette forme caractéristique de la chirurgie moderne, le mémoire.

Presque en même temps, il donnait une deuxième édition de son *Traité des maladies des os*. Il effaça quelques unes des rêveries physico-chimiques qu'il avait si complaisamment admises dans la première édition; heureux s'il n'en eût pas laissé davantage! Fut-il retenu par un amour paternel pour cette production de sa jeunesse, ou faut-il seulement accuser une certaine paresse qui le rendait plus propre à ajouter qu'à corriger? Du moins, est-il certain qu'il avait reconnu la vanité de ces théories; il écrivait, par exemple :

« Les hypothèses sur la nature des sels qui font le virus scorbutique sont arbitraires, et c'est là que l'homme sincère doit avouer que ses connaissances sont bornées. »

Et enfin, dans sa préface, s'applaudissant de son œuvre, il laissait échapper cette sorte de profession de foi philosophique :

« Les aphorismes qui le terminent me font espérer qu'il plaira à ceux qui, n'étant point fauteurs *de l'antiquité*, voudront bien accorder leur suffrage *aux choses nouvelles que la raison et l'expérience autorisent.* »

Et ce n'étaient point là des phrases jetées au hasard; c'était sa pensée intime, et comme le plan de conduite qu'il voulait suivre. A partir de ce moment, en effet, ni dans ses cours, ni dans ses écrits, il ne revint sur ces hypothèses qu'il avait condamnées; il ne fit jamais marcher la raison en dehors de l'expérience: seulement, on aurait pu lui appliquer parfaitement ce que Thomas disait de Descartes lui-même : « Son esprit impatient et rapide court au-devant de l'observation; il généralise d'un coup d'œil et en un instant tout ce qu'elle lui rapporte.

Prenez pour exemple sa fameuse théorie des plaies de la tête. Un homme tombe; il perd connaissance; c'est qu'il y a eu commotion; mais il a gardé d'abord sa connaissance, et ne l'a perdue que quelques heures plus tard; la commotion n'y est pour rien, mais bien l'épanche-

toujours à ce que les médecins avaient répudié depuis longtemps; c'est là ce qui dépare quelques uns des mémoires publiés par ce grand corps; et, qui le croirait? c'est Quesnay, l'auteur de la préface, qui, le premier, a donné ce mauvais exemple, lui qui avait posé en principe que l'art chirurgical ne peut reposer que sur des faits bien constatés, sur des observations rigoureuses et sur des expériences bien instituées, lui qui, reprenant la même idée, avait dit que l'observation et l'expérience doivent être considérées comme *les seules bases* de la chirurgie; que la théorie pour les chirurgiens n'est que la pratique réduite en préceptes. (Préface, p. 36 et passim.) Il compose tout aussitôt un long mémoire dans lequel il admet et une prétendue impureté des humeurs et des dépravations, des imperfections, des états de crudité, etc., causées par une prétendue action insuffisante des vaisseaux sur ces mêmes humeurs, et des acrimonies qui seraient la cause des désordres que les humeurs viciées porteraient dans l'économie animale! (Vice des humeurs, etc.) (1).

Ce n'est pas tout : ce même Quesnay, qui avait dit, toujours dans la préface de la collection, que les livres des anciens sont pleins d'*absurdités;* que deux mille ans n'ont pu désabuser les observateurs des dogmes

ment et la compression. Et si enfin le coma ne survient qu'après un ou deux jours, ni la commotion ni la compression n'y ont pris part; c'est l'inflammation qui est survenue. Maintenant, variez autant que vous voudrez les symptômes; la perte de connaissance arrivant d'abord, et persistant, au lieu de disparaître; commotion suivie de compression; disparaissant pour revenir quelques jours après, commotion et inflammation, etc. : tout est prévu, tout est classé par avance, et la théorie révélait, en effet, des vérités importantes et nouvelles. Malheureusement, il avait trop tôt généralisé; il accordait beaucoup trop d'importance à un élément secondaire, la compression; et il oubliait tout-à-fait un élément capital, la contusion du cerveau; mais, au total, on peut dire de sa doctrine sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, *qu'elle est plus belle que nature.*

(1) L'Académie de chirurgie débutait véritablement d'une manière bien malheureuse, en remplissant près de la moitié de son premier volume avec cet indigeste mémoire de Quesnay. Ce fastidieux travail est divisé en trois parties : dans la première, Quesnay traite de *l'impureté des humeurs;* dans la seconde, de *la dépravation des humeurs;* et, dans la troisième, de *la perversion des humeurs.* Le galénisme, contre lequel s'est tant élevé Pinel, n'a jamais été plus loin dans ses hypothèses sur les altérations humorales; et notez que Quesnay avait la prétention d'exposer des principes propres à servir de fondements à toutes les doctrines chirurgicales; principes qui devaient rendre raison des phénomènes de la suppuration, de la gangrène, des tumeurs, des plaies, des ulcères, etc., etc. !!!

Heureusement que tout ce fatras est immédiatement suivi d'un mémoire excellent de J.-L. Petit sur les tumeurs de la vésicule du fiel.

les plus ridicules; que, sur la foi des écrits des anciens, les malades ont livré leur sang et leur vie aux caprices des chirurgiens; ce même Quesnay assure que les anciens ont seuls établi en chirurgie des principes vrais et incontestables, et que leur physique humorale est préférable à celle des modernes, puisqu'elle était fondée sur le froid et le chaud, le sec et l'humide.

Que dire ensuite de Lecat, qui, aux applaudissements de l'Académie royale de chirurgie tout entière, venant se faire l'interprète de ses vrais principes, lui rappelle que les observations *ne doivent venir qu'après les raisonnements*, et seulement à l'appui de ces raisonnements, *comme par surabondance de droit;* que les observations n'ajoutent rien à la sûreté de la méthode, et y deviennent même souvent inutiles! Et que répondit à cela l'Académie royale de chirurgie? M. Malgaigne l'a rappelé tout récemment : elle couronna le mémoire de Lecat et pria l'auteur de ne plus concourir, afin de ne pas décourager les autres compétiteurs.

Ainsi, la chirurgie, comme la médecine, était restée sous le joug d'une foule de préjugés : c'est là ce que nous tenions à constater, tout en reconnaissant, avec M. Dezeimeris, que l'Académie royale de chirurgie a cet avantage sur la médecine, d'avoir dicté dès lors à l'Europe un code chirurgical dont les *principaux* articles ne sont pas encore abrogés, et tout en reconnaissant aussi, avec M. Richerand, que la Société royale de médecine, toute brillante qu'elle était du savoir et de l'éloquence de Vicq-d'Azyr, s'est vainement efforcée d'égaler ce modèle. Mais vers la fin du siècle cette même Académie royale de chirurgie était tombée dans une sorte de torpeur; elle avait cessé la publication de ses mémoires et de ses prix. Les chirurgiens les plus éminents de l'époque avaient déserté ses séances, et Desault, devenu chef d'école, n'avait pas peu contribué à cet abandon.

Mais une grande révolution à la fois sociale et politique allait renverser toutes les anciennes institutions; de nouvelles écoles allaient s'ouvrir, et dans un esprit tel que toute rivalité devait cesser. Au lieu de ces thèses interminables, de ces argumentations en latin barbare, de ces vespéries si chères à l'ancienne faculté (1), un enseignement méthodique allait

(1) Pour donner une idée des sujets dont s'occupait l'ancienne Faculté, J.-C. Sabatier a consigné, dans ses *Recherches historiques*, quelques unes des questions proposées et discutées

être dispensé à la nouvelle génération sur toutes les branches des connaissances médicales; deux hommes, aussi éminents par leur savoir que par leurs talents en administration, Fourcroy et Thouret, avaient présidé à l'organisation des nouvelles écoles, et la plus large part avait été faite à l'enseignement clinique.

La clinique chirurgicale de Desault avait marqué la fin du XVIII^e^ siècle ; la clinique médicale de *Corvisart* s'ouvrait avec le XIX^e^. Mais l'esprit qui animait les nouvelles institutions était essentiellement différent de celui des corporations de l'ancien régime : c'était l'unité, l'universalité, qui dominaient dans les nouveaux corps. Dans les anciens, tout était divisé, fractionné : de là des luttes perpétuelles et acharnées, et partout on aspirait au monopole. De nos jours tout est accessible, tout est libre, et lorsque, sur les instances de A. Portal surtout, le gouvernement institua l'Académie royale de médecine, loin de trouver quelque opposition de la part de la Faculté, la nouvelle société vit ses plus illustres profeseurs briguer l'honneur d'entrer dans son sein. Il y a plus: les premières séances de l'Académie eurent lieu dans le local de la Faculté; et lorsque tout récemment l'Académie fut obligée de quitter le lieu ordinaire de ses séances, la Faculté, par l'organe de son doyen, M. Orfila (1), lui offrit de nouveau et spontanément la plus généreuse hospitalité. Ainsi a disparu de nos jours l'une des causes les plus propres à arrêter les progrès de l'art de guérir, à savoir : les rivalités incessantes, les luttes entre les différentes institutions médicales.

D'autre part, on ne voit plus les esprits toujours à la recherche de nouveaux systèmes, ou occupés à renouveler d'anciennes théories. Bichat, il est

à la licence; on y trouve les suivantes : *An ex heroibus heroes? An par incantationes fit curatio? An qui mel et butyrum comedit sciat reprobare malum et eligere bonum?* 1670. *An utrum Tobiæ ex piscis felle, curatio naturalis? Ex quâ parte manaverit aqua quæ profluxit à mortui Christi latere perforato lanceæ acuto mucrone?* 1692. (*Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris depuis son origine jusqu'à nos jours.* Paris, 1837, p. 80.)

(1) L'ancienne Faculté n'aurait été nullement disposée à faire de semblables gracieusetés à sa rivale; il y avait alors deux doyens : celui qu'on appelait *le doyen d'âge*, et celui qu'on désignait sous le nom de *doyen en titre*. Les fondateurs de la société en avaient fait deux de leurs officiers; mais, loin de se montrer sensibles à ce procédé, les deux doyens de l'époque se mirent en hostilité ouverte avec la société, et refusèrent constamment d'assister à ses séances.

vrai, et, après lui, Broussais, essayèrent encore de systématiser les notions acquises en physiologie et en pathologie; mais ces essais de systématisation ont étés presque aussitôt abandonnés (1).

C'est qu'aussi Bichat n'avait fait que reprendre quelques idées de Boerhaave, tout en les accommodant à sa théorie des propriétés vitales (2); et quant à Broussais, après avoir admis dans le principe toutes les hypothèses de Bichat sur le rôle des vaisseaux capillaires dans l'inflammation, on l'a vu retomber dans le méthodisme le plus complet, c'est-à-dire supposer de nouveau une fibre primitive, élémentaire, essentiellement motrice ou contractile, et déduire de ses prétendues altérations un dualisme perpétuel en pathologie; de telle sorte qu'il n'y avait plus pour lui que deux sortes de maladies: celles qui consisteraient en excès de contraction de cette fibre, et celles qui résulteraient d'un défaut de cette même contraction (3). Mais, je le répète, ces der-

(1) La physiologie, dont nous n'avons pas ici à nous occuper, a fait également de grands progrès dans les derniers temps; on les doit surtout aux travaux de MM. Flourens, Blainville, Serres, etc.

(2) Bichat donnait sa théorie comme étant exactement l'inverse de celle de Boerhaave, mais il était dans l'erreur; les conditions matérielles étaient les mêmes, l'explication seule différait.

Après avoir dit comment *survient* l'inflammation, Bichat ajoute : *Il arrive donc, dans l'inflammation, exactement l'inverse de ce que Boerhaave croyait : en effet, si le sang était accumulé, comme il le disait, dans les vaisseaux capillaires, et poussé, à tergo, par le cœur, il serait vraiment la cause immédiate de l'inflammation; au lieu que, d'après ce que je viens de dire, il n'en est que l'effet.* (*Anat. génér., syst. capill.*, § VI.)

L'inverse n'est pas dans les faits matériels, puisque, dans tous les cas, il y a *encombrement des capillaires, il y a des erreurs* de lieu, mais dans l'explication. Pour Boerhaave, il faut rapporter les causes à des conditions *mécaniques;* pour Bichat, à des conditions *vitales*. Suivant Boerhaave, c'est le cœur qui *pousse* le sang, à tergo, dans des vaisseaux de divers diamètres; pour Bichat, c'est une sensibilité exaltée qui *appelle* le sang dans tel ou tel point du système capillaire; et, dans les deux cas, il peut y avoir erreur de lieu. Ainsi, comme je l'ai dit, Bichat avait simplement accommodé les faits à sa théorie des propriétés vitales, bien plus erronée encore que celle de Boerhaave.

(3) Broussais, en effet, après avoir adopté toutes les idées de Bichat sur le passage du sang dans de prétendus capillaires à fluides blancs, sur l'affluence du sang dans ce même système, etc., idées qui, au fond, appartenaient à Fabre, Broussais a fini par admettre tout simplement, à l'exemple des méthodistes, l'existence de fibres primordiales. Voici comme il s'explique, à ce sujet, dans son *Traité de l'irritation et de la folie :* « La *contractilité* est un » raccourcissement de la fibre animale, raccourcissement commun à toutes les formes de la

niers essais de systématisation n'ont eu que peu d'influence sur la marche de la science. Il y a plus : ils n'ont pas empêché leurs auteurs eux-mêmes de produire de grands et durables travaux.

Enfin, il n'y a pas jusqu'à cette adoration exclusive pour les œuvres des anciens qui n'ait à peu près disparu de nos jours.

On consulte encore leurs écrits, on en publie de savantes traductions; mais ce n'est plus, comme autrefois, pour y chercher le *dernier mot* de la science, c'est au contraire pour voir quels sont les *premiers mots* que la science a prononcés; on veut savoir, non comment elle doit *finir*, mais comment elle *a commencé*.

On reconnaît enfin, avec Pascal, que ces anciens, tant révérés, étaient véritablement *nouveaux* en toutes choses; qu'ils formaient l'*enfance* de la médecine, et que c'est plutôt en nous qu'il faudrait chercher l'antiquité médicale, puisque nous avons joint à leurs connaissances l'expérience des siècles qui les ont suivis (1).

» matière vivante (t. I, p. 65; deuxième édition). Or, c'est l'exagération de tous les phé» nomènes de contractilité (ou de raccourcissement) qui constitue l'IRRITATION. » (P. 76.) D'où deux grandes classes de maladies : les maladies *irritatives*, ou celles produites par le raccourcissement de la fibre animale, que celle-ci soit albumineuse, fibrineuse ou gélatineuse; et les maladies *abirritatives*, c'est-à-dire produites par le relâchement ou l'élongation de cette même fibre, etc.

Qu'on nous dise si ce n'est pas là du méthodisme tout pur.

(1) C'est, en effet, là une pensée que Pascal a admirablement développée; et on croirait volontiers qu'il a eu particulièrement en vue les médecins, quand il a dit que le respect que l'on porte à l'antiquité est à tel point, dans les matières où il devrait avoir le moins de force, que l'on se fait un oracle de toutes ses idées, etc.

Il est surtout une distinction dont on aurait dû se pénétrer beaucoup plus tôt, et qui nous aurait épargné d'inutiles commentaires sur les passages les plus insignifiants des anciens auteurs; cette distinction, comme l'a fort bien dit Pascal, aurait servi à régler l'étendue du respect que l'on doit aux anciens : « Parmi les choses que nous cherchons à connaître, a dit ce grand penseur, il en est qui dépendent seulement de la mémoire, et d'autres qui dépendent du raisonnement;..... toutes les sciences qui sont soumises à l'expérience ou au raisonnement doivent être augmentées pour être parfaites; les anciens les ont trouvées seulement ébauchées par ceux qui les ont précédés, et nous les laisserons à ceux qui viendront après nous en un état plus accompli que nous ne les avons reçues. » (*De l'Autorité en matière de phil.*, art. 1.)

Et, pour nous servir encore ici d'un mot de Pascal, nous demanderons quel n'est pas l'*aveuglement* de ceux qui invoquent sans cesse l'autorité des anciens en matière de médecine, c'est-à-dire d'une science qui, de sa nature, est soumise à l'expérience et au raisonnement

D'après tout ce qui vient d'être dit, on peut voir combien la médecine de nos jours a été libre dans ses allures : aussi ses progrès ont-ils dépassé tout ce qu'il était permis d'espérer ; rivalisant d'efforts et de succès avec la chirurgie, elle a repris le rang qu'elle devait occuper.

Mais il est temps de faire connaître en quoi ces progrès ont consisté, et quelle estime on doit en faire comparativement avec ceux de la chirurgie.

Nous avons dit tout-à-l'heure que, sauf l'essai de systématisation tenté par M. Broussais, notre âge n'avait pas vu régner ces grands systèmes qui faisaient qu'autrefois les plus belles intelligences se consumaient en efforts impuissants. Toutefois les médecins du XIX^e^ siècle n'ont pas entendu pour cela se traîner sans suite et sans méthode sur les faits particuliers ; ils n'ont pas entendu laisser ces faits morcelés, isolés, éparpillés pour ainsi dire, se condamnant à n'en tirer aucunes inductions générales. En attendant cette époque tant désirée où il sera possible de donner une systématisation générale, les médecins ont dû chercher à disposer les faits d'après des *classifications* régulières et en même temps à donner quelques *théories partielles*.

Lieutaud, dans le dernier siècle, avait essayé le premier de faire une nosologie sans recourir à un système général. Il avait réuni dans son *Précis de médecine*, autant du moins que le permettait la science, tous les faits, sans chercher à les rallier à une idée première. Ne procédant plus de dichotomies en dichotomies, il n'avait plus distingué de

d'une science, par conséquent, qui, dans les écrits des anciens, ne peut être qu'à l'état de simple *ébauche*.

Et, en admettant que les médecins de l'antiquité aient tous été des hommes éminents, ce n'a pu être assurément que par la force du raisonnement ; or, qu'est le raisonnement quand l'expérience manque ? Tout au plus, comme le dit encore Pascal, faut-il, à cause de cela, les *excuser*, mais non invoquer sans cesse leur *témoignage*. Il est absurde d'aller chercher, de préférence, le témoignage de ceux qui n'ont presque rien vu, et de négliger ceux qui ont par devers eux l'expérience des âges qui les ont suivis ; c'est donc pitié d'entendre encore aujourd'hui tant de médecins citer Hippocrate, toutes les fois qu'il s'agit d'un fait obscur et controversé. Hippocrate, pour son temps, pour son époque, a fait merveille sans doute ; mais son témoignage aujourd'hui est de nulle valeur, de même que le nôtre s'amoindrira à mesure que nos successeurs feront marcher la science.

genres ni d'espèces; sa méthode était anatomique: il rangeait les maladies suivant les parties du corps qui en étaient affectées.

Cullen avait adopté une méthode qui était plutôt pathologique, et c'est cette méthode qui a été suivie et perfectionnée par Pinel; méthode simple, lumineuse, qui nous a débarrassés de cette foule de genres, d'espèces et de variétés morbides imaginées par Sauvages, Linné, Vogel, Sagar et tant d'autres.

Cullen avait successivement groupé les *fièvres*, les *inflammations*, les *hémorrhagies*, les *flux*, les *névroses* et les *cachexies*. Pinel adopte les bases de cette classification, mais dans ses subdivisions; il est en progrès, non pas tant pour les fièvres que pour les inflammations et les hémorrhagies. Ses six ordres de fièvres sont regardés aujourd'hui comme inadmissibles; mais ses différents ordres de phlegmasies et d'hémorrhagies resteront à jamais dans la science: c'est la méthode anatomique qui vient se combiner avec la méthode pathologique. Les prédécesseurs de Pinel ne pouvaient le guider sous ce rapport, c'est son propre génie qui l'inspire. Par une admirable vue d'ensemble sur les éléments anatomiques de l'économie, il constitue ses beaux groupes de phlegmasies fondés sur la différence des tissus; il décompose les divers appareils de l'économie en membranes distinctes et en tissus particuliers, et en signale les caractères inflammatoires. De là ses différents ordres de phlegmasies cutanées, de phlegmasies des membranes muqueuses, des membranes séreuses, etc. Puis il distingue les phlegmasies des tissus musculaires, fibreux; et de même pour les hémorrhagies. C'est le génie de la science moderne qui vient enfin porter la lumière dans les parties les plus obscures de la pathologie, et cette lumière va se répandre en physiologie: Bichat, en effet, avec une admirable sagacité, s'empare de l'idée de Pinel, et avec cette idée il crée l'anatomie générale tout entière! Le physiologiste aurait dû précéder le pathologiste; c'est le contraire, c'est le médecin qui précède et éclaire le naturaliste (1).

(1) Pinel a rappelé lui-même, et avec raison, qu'il avait établi le système des phlegmasies à une époque où on ne s'était point encore occupé de l'anatomie générale des systèmes d'organes, et dans l'intention directe de les faire servir de base à la médecine interne: « Les inflammations, dit-il, considérées d'une manière générale, avaient donné lieu à un grand nombre de théories plus ou moins spécieuses..... Mais on ne les avait considérées que d'une *manière abstraite*, ajoute-t-il, ou morcelées en un nombre infini de faits particuliers; il res-

La classification de Pinel n'était pas sans défaut; mais elle portait en elle-même la réforme de ce qu'elle avait de défectueux; ainsi, par la même raison que les phlegmasies, les hémorrhagies et les névroses formaient des groupes distincts, les hydropisies, confondues à tort avec les dégénérescences organiques, devaient constituer un ordre à part, et c'est ce qui a été fait depuis.

La *chirurgie* ne saurait nous offrir de semblables progrès en ce qui concerne les classifications; mais il n'y a pas lieu à lui en faire un reproche. Comme, au fond, elle est plutôt un *art* qu'une *science*, elle n'a point les mêmes bases, tout est arbitraire dans ses classifications, et elle y attache peu d'importance; ses méthodes sont presque toujours anatomiques, et dans ses descriptions elle suit de préférence l'ordre des appareils organiques.

D'autres fois, la chirurgie, s'associant à la médecine, a voulu coordonner avec elle ses sujets d'étude, les placer dans un même ordre. Ces essais n'ont pas toujours été heureux; mais, je le répète, elle y attache beaucoup moins d'importance qu'on ne le fait en médecine, et jamais chirurgien sans doute n'aurait trouvé avec Pinel qu'à ce problème prétendu peu sage : *Une maladie étant donnée, trouver le remède*, il faudrait substituer celui-ci : *Une maladie étant donnée, déterminer le rang qu'elle doit occuper dans un tableau nosologique.*

Mais revenons à l'histoire des progrès de la médecine. La *pyrétologie*, on le sait, occupait une place immense dans les livres de nos prédécesseurs. Que de dissertations sur la fièvre et sur les fièvres! *De febre in genere* et *de febribus*. De nos jours, et dans un moment de réaction, on avait été jusqu'à vouloir l'effacer du cadre nosologique; c'était un

tait à étudier avec soin les affinités respectives que plusieurs de ces maladies ont entre elles, quoique leur siége soit différent, *à présenter ces affinités d'après des conformités de structure et de fonctions des organes qui en sont le siége!* » (*Nos. philos.*, t. II, p. 14; quatrième édition.) Voilà le langage que tenait le praticien attaqué plus tard avec tant de véhémence comme un ontologiste, comme un homme qui ne voyait dans toutes les maladies que des êtres abstraits : c'est ce même praticien qui veut ici qu'on cesse de considérer les maladies, et en particulier les inflammations, d'une manière abstraite; qui non seulement veut qu'on les *rattache* aux organes, mais encore qu'on considère s'il n'est pas des caractères généraux qu'on puisse inférer des rapports de structure et de fonctions entre les organes, idée féconde qu'il ne tarde pas à appliquer lui-même dans sa classification des différentes inflammations.

autre excès dont on a fait justice (1). On ne discute plus sur l'existence ou la non-existence de fièvres prétendues *essentielles;* on s'accorde à reconnaître qu'il est des fièvres qui ne trouvent point la raison de tous leurs phénomènes dans les altérations locales, et la pyrétologie a repris, dans ces limites, une importance qu'on ne saurait lui contester. En ce sens, l'histoire des fièvres a fait d'immenses progrès; on a dû ainsi en élaguer tout d'abord les hypothèses toutes gratuites qu'on avait faites sur leur nature, leurs causes prochaines ou essentielles, pour s'en tenir à une bonne division et à une description exacte, aussi bien des lésions anatomiques que des symptômes; de cette manière on est arrivé à des notions qui resteront dans la science.

On ne prend plus même la peine de citer les opinions des anciens sur les fièvres, et on a parfaitement raison. Que nous importe aujourd'hui de savoir que, suivant Hippocrate, la fièvre naîtrait tantôt de la bile, et tantôt de l'atrabile ou de la pituite? que quelques unes dépendraient de l'air qui serait renfermé dans le corps? Que nous importe ensuite de savoir que d'autres auteurs ont trouvé une tendance pour ainsi dire *providentielle* dans le mouvement fébrile, tendance qui aurait pour but la libération et la conservation du corps? On s'est borné à constater les faits, on s'est élevé moins haut, mais l'on ne s'est pas égaré.

Pinel, le premier, avait cherché à restreindre l'histoire des fièvres

(1) M. Chomel, le premier, avait donné le signal de la réaction par la publication de son *Mémoire sur l'existence des fièvres* (1820).

M. Roche, défenseur de la nouvelle doctrine, avait répondu par un mémoire : *Réfutation des objections faites à la nouvelle doctrine des fièvres*, en 1821.

Dans le cours de la même année, M. Chomel fit paraître son *Traité des fièvres et des maladies pestilentielles.*

En 1823, M. Collineau avait publié un ouvrage sur cette question : *Peut-on mettre en doute l'existence des fièvres essentielles?* Et cet ouvrage avait été couronné par la Société de médecine de Paris.

F.-G. Boisseau, revenant aux idées de Broussais, avait composé une *Pyrétologie physiologique* dans le sens de la nouvelle doctrine; 1823. — Quatrième édition en 1831.

En 1824, M. Castel fait paraître une réfutation de la nouvelle doctrine médicale, et il y analyse particulièrement les phénomènes de la fièvre; il examine surtout avec soin ce que, dès cette époque, il appelait la *prétendue* gastro-entérite et ses variétés. (*Réfut. de la nouv. doct. de M. Broussais*, p. 98, 155 *et passim.*)

Enfin, M. Bouillaud, en 1826, publia son *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles.*

et à la rendre plus positive en les rattachant aux organes (1); mais c'est véritablement à partir de 1813 que cette histoire a fait de remarquables progrès; ce sont nos contemporains qui, par leurs recherches sur les fièvres, ont donné à l'école française une incontestable supériorité sur toutes les autres (2).

Jusque là on s'était à peine occupé de l'état des organes dans les fièvres graves continues. Prost et Broussais avaient en vain cherché à attirer l'attention des médecins de ce côté, il était réservé à l'école actuelle de

(1) C'est, en effet, un mérite qu'on ne saurait contester à Pinel, d'avoir rattaché les fièvres aux organes. Dans l'état actuel de nos connaissances, disait-il, il faut introduire d'abord des dénominations propres aux divers ordres de fièvres, et fondées sur des caractères non hypothétiques et des qualités manifestes aux sens; puis, tout en admettant que, *en général, dans les fièvres, tous les systèmes de l'économie sont affectés*, Pinel ajoute qu'il *faut s'attacher à exposer les symptômes qui attestent les affections locales.* (*Nos. phil.*, t. I, p. 8; *Des fièvres en général.*) Et c'est ce même Pinel qu'on accusait d'avoir fait des fièvres essentielles indépendantes des organes !

(2) Il y aurait ici à citer des travaux considérables; mais avant tout, ceux de MM. Petit et Serres, de M. Bretonneau, de M. Louis et de M. Chomel; ce sont des travaux de premier ordre : MM. Petit et Serres font la découverte, M. Bretonneau la développe avec un rare génie, MM. Louis et Chomel lui donnent le plus haut caractère de certitude et la complètent de tout point.

On n'oubliera jamais les noms de MM. Petit et Serres; celui de M. Bretonneau restera également consigné, et avec honneur, dans l'histoire de la dothinentérie; mais les travaux de MM. Louis et Chomel formeront une époque non moins remarquable dans cette même histoire.

Les Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques de M. Louis, sur l'affection typhoïde, en 2 vol. in-8°, datent de 1828; une deuxième édition, considérablement augmentée, a été publiée en 1841. Nous renverrons à M. Valleix pour l'appréciation de ce travail. (*Archiv. de méd.*, t. LVII.) Les lésions anatomiques sont décrites avec une fidélité, une exactitude jusque là inconnues; rien n'est omis dans les phénomènes caractéristiques; c'est un ouvrage qui sera toujours consulté avec fruit.

Les leçons de M. Chomel, sur la fièvre typhoïde, ont été recueillies et publiées en 1834, par M. Genest. On sait que M. Chomel s'est particulièrement attaché à démontrer, dans ses leçons, que *toutes* les fièvres continues graves, décrites autrefois sous les noms de fièvres inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique, etc., ne sont que des variétés de la fièvre typhoïde; c'est là une vérité que M. Chomel a mise hors de doute, et qui constitue un progrès immense dans l'histoire générale des fièvres.

M. Gaultier de Claubry, dans un mémoire couronné par l'Académie en 1837 (*Mém. de l'Acad. royale de médecine*, t. VII), et depuis, en 1844, dans un traité *ex professo*, s'est appliqué à démontrer l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, sous le rapport de la condition pathogénique, des symptômes, des altérations anatomiques et du traitement.

faire connaître de la manière la plus positive les altérations vraiment caractéristiques de ces sortes de fièvres : aussi on n'a plus à se perdre aujourd'hui dans les six ordres de fièvres de Pinel, encore moins dans les *synoques* simples ou putrides, dans les synoques catarrhales, les fièvres lentes, nerveuses, les putrides, les pétechiales, etc... La fièvre continue est simple ou grave : simple, c'est l'éphémère des anciens, la simple réaction fébrile; grave, c'est la fièvre *typhoïde*, cette grande endémie de nos climats, devant laquelle l'ignorance seule peut hésiter, dont le diagnostic est presque aussi facile que celui de la pneumonie, tant son histoire est avancée, tant ses caractères ont été bien exposés.

Quant aux deux autres ordres de fièvres, les *intermittentes* et les *éruptives*, on a moins fait sans doute pour elles que pour les fièvres graves, par la raison que leur histoire était plus avancée; toutefois, il faut signaler de meilleures descriptions pour les fièvres intermittentes (1), la découverte de l'antipériodique par excellence, le sulfate de quinine (2), et

(1) Une nouvelle forme d'affection périodique a été décrite par M. Melier sous le titre d'*Affections intermittentes à courtes périodes*; l'idée dominante de ce travail est que l'intermittence, ce fait de physiologie pathologique si important à considérer dans la pratique, à cause des indications qui en découlent, peut se présenter et se présente en effet souvent sous le type le plus court et le plus rapproché, et que sous cette forme rapide et abrégée elle se prête au même traitement que quand elle s'offre sous les types généralement admis; les lignes suivantes empruntées au mémoire en résument la pensée.

« Dans leur marche la plus ordinaire, les affections intermittentes suivent les types quotidien, tierce ou quarte... à ces types généralement admis et fréquemment observés, beaucoup d'auteurs se sont attachés à en ajouter d'autres, et, chose remarquable, tandis que l'on a recherché avec grand soin s'il existe des intermittentes plus longues, telles que des quintanes, sextanes, etc., on ne s'est pas demandé s'il n'y aurait pas aussi des intermittentes plus courtes; à peine si quelques auteurs font mention d'un type biquotidien, et cependant lorsqu'une maladie se manifeste plusieurs fois dans la journée..... lorsqu'elle revient pour cesser encore, et cela à trois, quatre ou cinq reprises différentes, toujours distinctes et séparées par des intervalles plus ou moins égaux, quel nom lui donnera-t-on ? N'est-ce pas une intermittente réelle? C'est là, dit l'auteur, ce que nous proposerons d'appeler *Maladies intermittentes à courtes périodes.* » (*Mémoire de l'Acad.*, t. X, p. 551.

Nous ajouterons que la vérité de ces aperçus a été confirmée et par les observations que l'auteur a recueillies, et par un grand nombre de faits constatés après lui. L'idée une fois émise, les observations de maladies intermittentes à courtes périodes se sont multipliées, et l'expression elle-même a pris rang dans le langage médical.

(2) On sait que dans ces derniers temps on a préconisé le sulfate de quinine à doses énormes dans différentes maladies aiguës à type continu; le rhumatisme et la fièvre

pour les fièvres éruptives une meilleure classification des lésions de l'enveloppe cutanée (1).

La chirurgie, de son côté, tout en ne s'occupant que des fièvres symptomatiques, a éclairci des points très importants de leur histoire; ainsi, des travaux importants ont été entrepris sur les différents cas de résorptions purulentes considérées comme cause de mouvements fébriles dont on ignorait jusqu'alors complétement la nature. Mais la part des chirurgiens sera bien plus grande pour tout ce qui a trait aux *inflammations*.

Les médecins et les chirurgiens ont d'abord rivalisé de zèle pour nous faire connaître la nature ou plutôt les conditions anatomiques de l'inflam mation.

Il y avait encore ici un écueil à éviter : si à une autre époque, comme nous l'avons dit tout-à-l'heure, l'histoire des fièvres remplissait presque à elle seule le cadre nosologique, on a vu, de nos jours, une certaine école chercher à combler ce cadre tout entier avec l'histoire des phlegmasies, ou du moins, ce qui est à peu près la même chose, avec l'histoire de l'*irritation;* je dis à peu près, car ce mot *irritation* était devenu singulièrement élastique; on en avait fait une sorte de Protée, qui prenait

typhoïde, M. Melier a examiné jusqu'à quel point ces grandes doses pouvaient être impunément employées, et si elles sont nécessaires. M. Melier a démontré, par des expériences sur des animaux et des observations sur l'homme, qu'elles sont tout à la fois dangereuses et inutiles, et qu'elles compromettent également l'art et les malades. Il a appris ainsi à se méfier du sulfate de quinine donné en quantité exagérée. (*Mémoires de l'Acad.*, t. X, p. 722.)

Disons cependant que depuis bien des années M. Desportes avait publié un remarquable mémoire, dans lequel il signalait les dangers du sulfate de quinine à doses répétées; ce travail a pour titre : *Observation d'une phlegmasie des viscères de la région épigastrique déterminée probablement par l'emploi du sulfate de quinine à doses répétées.* (*Revue méd.*, décembre 1823.) Antérieurement M. Desportes s'était occupé des phlegmasies de l'estomac; il avait publié l'année précédente, dans le même recueil, une observation sur un état inflammatoire de l'estomac et de l'intestin avec paralysie incomplète des membres supérieurs, et des réflexions à ce sujet.

(1) C'est ici qu'il faut rappeler les travaux de plusieurs membres de l'Académie sur les fièvres éruptives, et particulièrement sur l'éruption vaccinale; on ne saurait oublier les services que M. Husson a rendus pour la propagation de la vaccine. Depuis, plusieurs praticiens se sont occupés de recherches à ce sujet : MM. Bousquet, Gaultier de Claubry, Rayer, Emery, etc. Voyez aussi une note sur la varioloïde, par M. Desportes, etc. (*Revue méd.*, janvier 1826.) Mais une grande question avait été mise tout récemment au concours par l'Académie des sciences; celle de la dégénérescence du vaccin et de la nécessité des revaccinations; trois mémoires ont été distingués et justement récompensés; celui de M. Bousquet, d'abord, puis ceux de MM. Steinbrenner et Fiard; la question a été résolue par l'affirmative.

toutes les formes, se montrait et se cachait partout; très élastique en ce sens qu'au lieu d'avoir besoin des quatre phénomènes pour se caractériser, il ne lui en fallait parfois qu'un seul, et quelquefois même pas du tout. De là une pathologie et une thérapeutique nécessairement uniformes; quiconque avait lu un chapitre pouvait se dispenser de lire le reste. Description et médication, tout était connu d'avance, et partant tout progrès arrêté.

Mais les chirurgiens, par des recherches positives sur les conditions organiques de l'inflammation, ont ramené, quoique un peu tardivement, les esprits dans une meilleure voie; les travaux de Hunter n'avaient pas été suffisamment appréciés chez nous. Bichat n'avait émis que des hypothèses ingénieuses, mais toutes gratuites, sur le rôle des capillaires dans l'inflammation; Broussais, à son exemple (1), avait supposé que si on irrite un point quelconque des tissus vivants, le sang est *appelé* tout aussitôt vers ce même point, que ce sang y *accourt*, qu'il s'y *précipite*. Broussais avait cité en preuve une observation microscopique faite, devant lui, par Sarlandière, observation mal instituée et mal interprêtée. Depuis, on a voulu *voir* ce qui se passe réellement dans les tissus congestionnés et enflammés, et on a pu enfin avoir des notions précises à ce sujet, notions qui ont fait complétement tomber la doctrine de l'irritation. Il a été prouvé, en effet, que cet ancien axiome: *Ubi stimulus ibi fluxus*, n'a aucune espèce de fondement; que dans tout tissu enflammé ce sont des *arrêts* de circulation capillaire qui amènent l'encombrement de tous ces petits vaisseaux; que tous les prétendus *stimulants*, *irritants*, etc., déchirent les capillaires ou les désorganisent, qu'ils coagulent le sang dans ces mêmes canaux, etc., mais que jamais ils ne s'adressent à leur *vitalité*. Voilà ce que la science tend du moins à prouver, et, entrée dans cette voie, elle promet nécessairement de nouveaux résultats (2).

Dans l'histoire des *inflammations* locales, les médecins et les chirurgiens ont pris chacun pour leur part ce qui rentrait dans leurs

(1) M. Castel a très bien prouvé, dans sa réfutation de la nouvelle doctrine, que les *abstractions* dominent dans la théorie de M. Broussais sur l'inflammation. (*Op. cit.*, p. 69.)

(2) Nous croyons, pour notre part, avoir quelque peu contribué à démontrer les erreurs de Bichat et de Broussais sous ce rapport. (Voyez *Préleçons de pathologie expérimentale*, notes 387, *et passim*.) Nous croyons avoir prouvé, d'abord, que les principes posés par Bichat, et sur lesquels s'était appuyé Broussais, n'ont aucune espèce de fondement :

attributions, et ici la part que se sont faite les médecins est immense; je dis la part des progrès qu'ils ont imprimés à la science, et cela par une raison bien simple, c'est qu'ils se sont trouvés en face d'une foule de questions qui n'étaient rien moins qu'élucidées, tandis que cette partie de la chirurgie était déjà fort avancée.

ainsi, Bichat avait posé en fait *que le système capillaire est composé de deux ordres de vaisseaux communiquant partout entre eux, les uns destinés au sang, les autres aux fluides blancs* (*Anat. génér., syst capill.*); nous avons démontré que cette communication n'existe pas, que le système capillaire ne contient que du sang.

Un autre principe posé par Bichat, était que *telle partie du système capillaire qui rejette le sang, l'admet dès que sa sensibilité est exaltée.* Ce principe tombe de lui-même, puisqu'aucune partie du système capillaire ne rejette le sang; il fallait dire qu'il est des ordres de capillaires qui ne laissent passer qu'un globule sanguin à la fois, tandis qu'il en est d'autres qui admettent plusieurs globules de front.

Quant aux conséquences que Bichat tirait de ces principes, et qui formaient la base de la doctrine de l'irritation, les conséquences tombaient encore d'elles-mêmes, puisque ces principes étaient faux.

Ainsi, Bichat concluait : *Une partie est-elle irritée, sa sensibilité augmente; elle se met en rapport avec le sang;* ELLE L'APPELLE, *pour ainsi dire.* (*Loc. cit.*) Erreur manifeste! On ne saurait trouver une seule partie du système capillaire qui fût, comme le veut Bichat, *étrangère au sang*, qui eût à se mettre en rapport avec lui et à l'appeler; toutes les parties du système capillaire sont pénétrées par le sang; et si parfois il en est qui se laissent engorger, encombrer par le *sang*, c'est que le sang y est *poussé* par le fait de causes accidentelles; mais ce sang n'y est jamais appelé, comme l'entendait Bichat.

Pour achever de démontrer le peu de réalité de la doctrine de l'irritation, nous nous sommes attaché à prouver que tous les prétendus *irritants* de Broussais agissent *en créant des obstacles matériels à la circulation capillaire;* c'est là une proposition fondamentale, et que nous croyons avoir mise le premier hors de doute. Ce principe, comme on le voit, est tout-à-fait en opposition avec celui que voulaient faire prévaloir les partisans de la doctrine de l'irritation; ceux-ci ne voyaient partout qu'un stimulus qui *appelle* le sang dans les réseaux capillaires; nous, nous voyons des agents qui produisent dans ces mêmes réseaux, soit mécaniquement, soit physiquement, soit chimiquement, *des empêchements* matériels à la libre circulation capillaire.

Et comme on peut rapporter à cette cause, d'ailleurs *vérifiable*, un groupe d'affections, de lésions pathologiques bien caractérisées, telles que les inflammations, les congestions, les stagnations, etc., etc., nous croyons qu'en procédant ainsi nous avons contribué à établir, non une théorie générale, comme le voulaient les croyants à l'irritation, mais une *théorie partielle* qui restera dans la science. (Voyez, pour l'ensemble des preuves, les notes jointes aux *Prélecons de pathologie expérimentale*, publiées en 1841, par Fréd. Dubois, d'Amiens.)

Nous avons dit tout-à-l'heure combien est lumineuse et fondée cette distinction des phlegmasies en raison des tissus généraux ou systèmes organiques qui en sont affectés, et combien est savante cette généralisation qui en coordonne simultanément les symptômes et les lésions anatomiques, qui signale, par exemple, pour les membranes *séreuses*, les injections, les fausses membranes, les épanchements séreux et purulents, les adhérences, etc.; pour les membranes *muqueuses*, toutes les variétés de coloration, les altérations de sécrétion, etc. (1); qui pose comme autant de *lois* nouvelles, pour les tissus musculaire et fibreux, la *coïncidence* de leurs altérations phlegmasiques (2). Ce sont là, je le répète,

(1) Pour les inflammations des membranes muqueuses, il y aurait ici et avant tout à insister sur les observations qui font la base du plus important ouvrage de Broussais, à savoir, le *Traité des phlegmasies chroniques;* ces observations sans doute ne sont pas rédigées avec le degré d'exactitude requis aujourd'hui, mais on y reconnaît la main d'un grand maître.

Quant aux phlegmasies des organes contenues dans les trois grandes cavités de l'économie, il faudrait insister sur un autre ouvrage non moins important, et qui restera comme classique : nous voulons parler de la *Clinique* de M. Andral ; il n'y a pas là d'idées systématiques, et quand il y en aurait, les belles séries d'observations que renferme cet ouvrage resteraient toujours comme des documents précieux.

(2) M. Bouillaud a publié en 1836 des *Nouvelles recherches* sur le rhumatisme articulaire aigu en général, et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie. En 1840, *Traité clinique du rhumatisme articulaire*, et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie.

M. Chomel s'était occupé du rhumatisme dès 1813 (Voyez sa thèse reproduite dans les leçons cliniques rédigées par M. Requin. Paris, 1837); MM. Genest et Grisolle ont depuis considéré cette affection dans les diverses articulations. *Archives de médecine*, 1830; *Journal hebdomad.*, 1836.

M. Chomel, dans son article *Péricardite*, du *Dict. de médecine*, première édition, avait noté l'influence des affections rhumatismales sur les maladies du cœur; M. Andral l'avait également signalée (*Cliniq. méd.*, t. I). Mais M. Bouillaud a le premier posé la loi de coïncidence du rhumatisme et des inflammations du cœur; appliquant ici ce qu'avait dit Pinel, touchant les affinités des inflammations, à raison de la conformité de structure des organes, il a signalé l'analogie de structure des grandes articulations et des enveloppes du cœur; montrant à la fois et des membranes séreuses et des fibres musculaires, etc.; et de là les affinités pathologiques qui lui ont permis de formuler cette belle loi de coïncidence dont nous venons de parler.

Enfin M. Roche a principalement appelé l'attention des praticiens sur l'état du sang dans certains rhumatismes articulaires qui se développent sans cause appréciable. Ce sang, dit-il, a surtout alors éprouvé la modification qui fait que le caillot se couvre d'une couenne inflammatoire après la saignée; et c'est, suivant ce praticien, dans cette modification que paraît consister la prédisposition à contracter cette maladie. M. Roche croit, en outre, que ceci

de belles généralités déduites de faits rigoureusement observés et élevées au rang de véritables notions scientifiques; or, toutes ces conceptions appartiennent à la médecine contemporaine.

Et si nous descendions dans les faits particuliers, nous y trouverions des acquisitions non moins importantes : ainsi, dans l'ordre des membranes séreuses, où en était l'histoire de l'*arachnitis* au commencement de ce siècle (1)? Et l'*endocardite*, qui la connaissait (2)? La *pleurésie* elle-même, dont l'antiquité s'était tant occupée, qui pouvait la distinguer de la *pneumonie* (3)? Cullen lui-même avouait qu'il n'y avait pas de signe

explique parfaitement le développement si fréquent de l'endocardite dans le cours de cette même maladie.

(1) M. Bricheteau, élève de Pinel et son collaborateur, avait établi dès 1815, que l'hydropisie aiguë des ventricules du cerveau dépend de l'inflammation des méninges ; cette idée capitale est reproduite et plus nettement formulée dans son *Traité théorique et pratique de l'encéphalite aiguë*, publié en 1828.

(2) Ici nous regrettons de ne pouvoir exposer tout ce qui a trait à l'*Histoire de l'endocardite*, histoire due, comme chacun le sait, aux belles recherches de M. Bouillaud (*Traité clinique des maladies du cœur*, deuxième édition. Paris, 1841), et qui constitue une des acquisitions les plus importantes de la médecine contemporaine.

Il faut aussi placer, en tête des meilleurs ouvrages sur les phlegmasies encéphaliques, les *Lettres* de M. Lallemand, de Montpellier, qui datent de 1820; elles ont fait époque dans l'histoire des altérations inflammatoires, non seulement pour le cerveau, mais pour tous les autres tissus; on y trouve des études approfondies sur le ramollissement inflammatoire, sur les symptômes de l'encéphalite, de la méningite et de l'hémorrhagie cérébrale; les indurations consécutives y sont en même temps bien décrites, puis les transformations par suite d'inflammations, etc.

M. Rostan s'est également occupé, et avec le plus grand succès, de toutes les questions relatives au ramollissement du cerveau ; il en a distingué les différentes espèces avec une grande sagacité, en s'appuyant sur de nombreuses observations. Cet ouvrage a imprimé un progrès tout-à-fait remarquable, et cela à l'égard de questions encore entourées de la plus grande obscurité.

Pour les inflammations de la moelle et de ses enveloppes, on consultera toujours l'important ouvrage de M. Ollivier (d'Angers); l'état actuel de la science, sous ce rapport, y est parfaitement exposé.

Nous citerons un travail de M. Desportes, sur l'inflammation de la moelle de l'épine, considérée comme cause de diverses affections de la poitrine et de l'abdomen. (*Revue méd.*, 1825.)

On sait enfin qu'il y a peu de mois, M. Ségalas a lu à l'Académie un mémoire fort important sur les lésions traumatiques de la moelle de l'épine; et que cette lecture a été suivie d'une discussion approfondie. (Voyez *Bulletin de l'Académie*, t. IX, p. 1101.)

(3) Rappelons de nouveau que l'Académie, en accordant tout récemment le prix Itard à

propre à établir cette distinction, et en même temps on ne cessait de parler de *paraphrénitis*. Et l'histoire de la *péricardite* (1) et celle des lésions si fréquentes et si variées du poumon et du cœur, qui aurait pu les exposer avec rigueur? La science contemporaine a donc fait ici des pas immenses; mais, il faut le dire, la première et la plus forte impulsion a été donnée par un homme de génie que chacun a sans doute déjà nommé, par LAENNEC! C'est le plus grand médecin des temps modernes, c'est celui qui, dans le champ de la science, a creusé le sillon le plus profond, et tel que nous recueillons encore chaque jour ce qu'il y a semé.

Quand il s'agit, en effet, des maladies de poitrine, et c'est de ce côté que se trouve la plus grande somme de maux qui puissent affliger l'humanité, ce qu'on a de mieux à faire, c'est de méditer l'immortel ouvrage de Laënnec; c'est la gloire des temps modernes en médecine, le bréviaire de tout praticien, et ceci fait l'éloge de notre époque, ceci prouve que la médecine est définitivement entrée dans une voie de véritables progrès. Laënnec, en effet, n'est pas venu, comme un de ces brillants météores du XVII^e^ ou du XVIII^e^ siècle, élever à la hâte un de ces systèmes qui devait tout expliquer, et le soutenir par l'éclat de sa parole ou la verve de sa polémique; ses vues étaient plus modestes: *pouvoir explorer, était, à son avis, la plus belle et la plus fructueuse partie de l'art*, et c'est à cela qu'il a consacré sa vie, jetant cependant çà et là quelques vues profondes soit sur l'*anatomie pathologique*, soit sur les ressources de la *thérapeutique*. Aussi son nom grandit encore chaque jour parmi nous, et nous pouvons l'opposer avec avantage à tous ceux dont s'enorgueillissent les nations étrangères.

La chirurgie, nous l'avons déjà dit, ne saurait contrebalancer ici par ses travaux ce qui a été produit par les médecins; mais, nous le répétons,

M. Grisolle, pour son ouvrage sur la pneumonie, a désigné par cela même cet ouvrage comme le *meilleur* qui ait été composé sur ce sujet dans ces dernières années.

Il est enfin certaines phlegmasies bien plus localisées qui étaient restées à peu près inconnues; celle, par exemple, de l'oreille moyenne; grâce aux recherches de M. Deleau jeune, le diagnostic en est aujourd'hui bien connu, et la thérapeutique plus sûre.

(1) L'histoire de la péricardite, exposée d'une manière assez imparfaite dans les traités généraux, a été, en 1824 et en 1826, l'objet des recherches de M. Louis. Cet observateur a donné le premier des notions précises sur le diagnostic de cette affection, diagnostic reconnu comme à peu près impossible par Bayle et Laënnec. (*Mémoires*, Paris, 1826, in-8.)

c'est que, dans ce même ordre de faits, elle était déjà très avancée. Elle avait moins de chemin à faire que la médecine, parce qu'elle venait de moins loin, qu'elle était moins en retard. Toutefois, elle n'est pas restée inactive.

Et d'abord c'est la chirurgie qui a particulièrement insisté sur la tendance de certaines surfaces enflammées à *adhérer* entre elles, et qui a montré tout le parti qu'on peut en tirer. Les inflammations *adhésives* sont devenues, dans la chirurgie moderne, un puissant moyen de thérapeutique. Personne n'ignore comment on a su ingénieusement en profiter pour réunir les plaies des intestins (1) et pour obtenir la guérison d'une des infirmités les plus dégoûtantes, c'est-à-dire des *anus contre nature* (2).

Mais ce n'est pas tout, par cela que la chirurgie ne reculait pas devant un sage empirisme, il lui est arrivé ici de réagir sur la théorie. Pour bien comprendre ceci, il faut se rappeler les principes de l'école qui se disait exclusivement *physiologique*. Les inflammations, suivant cette école, étant produites par des *excitants*, par des *stimulants*, des *irritants*, etc., et consistant en un *surcroît de l'action vitale*, ne pouvaient être rationnellement combattues que par des agents diamétralement

(1) Il est des organes qui semblaient se montrer réfractaires au développement de l'inflammation adhésive; c'était là ce qui formait un obstacle presque insurmontable à la guérison des plaies intestinales. Une idée très ingénieuse, due à M. Jobert, de Lamballe, a fait disparaître ces difficultés; nous renverrons, pour les détails du procédé, au *Mémoire sur l'adossement des séreuses*, lu par M. Jobert à l'Académie, le 6 octobre 1823, mémoire qui a valu à son auteur les justes récompenses de l'Institut.

(2) La chirurgie française peut-elle revendiquer l'honneur d'avoir proposé et exécuté la première cette opération? Suivant M. Laugier, il est facile d'établir ici la part de chacun; la première idée appartient à Shmalkadden; Physick de Philadelphie la réalise en 1809; Dupuytren la pratique avec succès en 1813, et, de plus, il invente l'entérotome.

M. Velpeau a depuis modifié le procédé Dupuytren, pour les cas dans lesquels il n'y a pas d'éperon; il a montré comment il faut alors inciser les téguments. (*Journal hebd.*, t. III, 1836.)

C'est aussi en provoquant des adhérences que M. Gerdy a cherché à guérir radicalement les hernies. Pour déterminer les adhérences, il fallait d'abord, dit-il, déterminer une inflammation *adhésive* entre les parties à unir, et les maintenir rapprochées pendant un certain temps. Pour déterminer l'inflammation inguinale à l'adhérence de ses parois, M. Gerdy s'est arrêté à l'idée d'invaginer le haut du scrotum dans le canal, et de l'y fixer, au moyen de points de suture. Quelques malades ont été ainsi bien et solidement guéris.

opposés, c'est-à-dire par des *débilitants*, des *affaiblissants*, par toute la série enfin des *antiphlogistiques ;* et on se rappelle ces clameurs si souvent répétées contre les moyens dits *incendiaires!* or, les chirurgiens, sans s'inquiéter de ces déclamations, se sont mis les premiers à combattre les phlegmasies tantôt par des moyens purement *mécaniques*, tantôt par des méthodes dites *substitutives*. Ainsi, ils n'ont pas craint de porter le caustique au centre même des inflammations, de cautériser la conjonctive enflammée, les pustules de la variole, le pemphigus, le zona, etc. (1).

Mais c'est quand les praticiens ont tourné leurs vues vers les phlegmasies *pseudo-membraneuses* qu'ils ont rendu un véritable service à la science. On sait que par une singulière aberration de cette nature qu'on voulait toujours trouver *médicatrice*, certaines inflammations des membranes muqueuses ont pour effet de recouvrir ces mêmes membranes de couches albumineuses concrètes plus ou moins épaisses, plus ou moins denses, et quand ces fausses membranes viennent à se former dans des conduits qui doivent rester libres et perméables, comme dans le larynx, la trachée ou les bronches, la vie se trouve tout aussitôt en danger : les antiphlogistiques échouaient dans la plupart des cas : or, les médecins,

(1) M. Velpeau, l'un des premiers, a démontré qu'à l'aide de l'alun en poudre et du nitrate d'argent, porté directement sur les inflammations couenneuses, on peut en arrêter la marche en quelques jours. (*Gazette méd.*, 1830; *Leçons chir.*, t. III.)

M. Velpeau a étendu cette méthode aux inflammations en général, qu'il a attaquées tantôt avec les astringents, les stimulants, les caustiques. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, t. I, 1829; *Bulletin de la société philomat.*, 1825; *Thèse pour l'agrég.*, 1824; *Archiv. de méd.*, t. VIII.) Le même praticien a démontré qu'on peut enrayer la marche de l'érisypèle par le sulfate de fer. (*Annales de la chirurgie.* Paris, 1842, t. IV, pag. 144.)

C'est encore M. Velpeau qui a opposé avec succès, aux inflammations, des moyens purement mécaniques. (*Archiv. de méd.*, t. II, 1826; *Biblioth. méd.*, 1826; *Revue méd.*, 1829.)

Il faut dire cependant que les chirurgiens, tout en ne craignant pas de recourir à ces sortes de moyens, n'ont pas entendu proscrire entièrement les antiphlogistiques; ils ont continué de recourir à l'emploi de ces derniers, quand leur application pouvait être réellement utile. Ainsi, M. Bégin, dans ses *Considérations sur le traitement des maladies chirurgicales aiguës* (Strasbourg, 1823), et dans ses *Applications de la doctrine physiologique à la chirurgie* (Paris, 1823), a montré l'utilité qu'on peut retirer des antiphlogistiques et des saignées capillaires dans un grand nombre d'affections aiguës ou chroniques, considérées jusque là comme produites par la débilité générale ou locale, et combattues au moyen de médications stimulantes.

enhardis par les succès des chirurgiens, ont trouvé ici dans l'application des caustiques un traitement d'une efficacité incontestable, et dès lors est tombée cette idée que toute inflammation requiert l'emploi de moyens débilitants (1).

Avant de terminer ce qui a trait aux phlegmasies, nous devons signaler comme dues également aux chirurgiens et aux médecins des recherches importantes sur des inflammations qui étaient à peine soupçonnées autrefois, l'inflammation des veines ou la *phlébite*, par exemple, et certaines angioleucites (2).

Nous n'aurons pas des travaux aussi importants à signaler de la part des médecins dans l'ordre des *hémorrhagies*. Toutefois ces sortes d'affections, qui sont plutôt, à proprement parler, des *accidents* morbides que de véritables maladies, ont été mieux appréciées dans leur conditions anatomiques; on a distingué les *flux sanguins* qui tiennent à une altération dans la composition du sang lui-même, à son défaut de *plas-*

(1) Il faut encore citer ici avec éloge les recherches de M. Bretonneau. On sait que cet habile observateur a donné le nom de *diphthérite* à toutes ces inflammations; le premier, il en a indiqué les véritables caractères. Depuis, M. Trousseau en a judicieusement exposé les différentes formes; il en a bien assigné les causes, et, mieux que tout autre, il en a montré le véritable traitement.

A l'exemple de Pinel, M. Bricheteau s'était attaché à mettre en relief les conditions anatomiques de ces diverses maladies : ainsi, pour le croup, M. Bricheteau, contrairement aux idées de M. Double, de Jurine et d'Albers, n'avait admis qu'un seul état, l'état inflammatoire, et il avait rejeté les prétendus croups nerveux, spasmodiques, etc., etc. (Voyez *Recherches sur la diphtérite, le croup et l'angine couenneuse*, 1826.)

(2) M. Breschet a pu dire, à bon droit, que ses travaux sur la *phlébite* ont servi la science, en appelant sur ce point de pathologie l'attention des observateurs : c'est, en effet, depuis cette époque que des recherches fructueuses ont été faites en Allemagne, en Italie et en Angleterre, sur l'inflammation des veines; ajoutons que les médecins vétérinaires n'ont pas peu contribué à éclairer ces mêmes questions.

Pour l'histoire de l'angioleucite, voyez le travail de M. Velpeau, dans les *Archives de méd.*, t. VIII et X, 1835. M. Velpeau a fait pour l'angioleucite ce qu'on avait fait pour la phlébite.

M. Velpeau s'est également occupé de la phlébite, mais surtout comme cause d'infection purulente du sang. (Voyez *Archives de méd.*, t. XIV, 1827; la *Clinique*, 1827; et enfin, pour les différentes espèces de phlébite, la *Revue méd.*, 1829.)

Mais il faut surtout citer ici les recherches de M. Alard sur l'inflammation des vaisseaux absorbants, lymphatiques, etc. On ne connaissait rien sur ces sortes d'affections avant les travaux de cet estimable praticien.

ticité, de ceux qu'il faut rapporter à une altération des solides ou des contenants.

Ce sont des connaissances de cet ordre qu'on a cherché à substituer aux anciennes théories des flux sanguins, et avec raison suivant nous; où pouvaient conduire en effet les doctrines qui, ne tenant aucun compte des conditions dynamiques, soit dans les gros vaisseaux, soit dans les capillaires, dédaignant les notions données par la physique, et reprenant les faits là précisément où les avait laissés Hippocrate, rapportaient tout à de prétendus mouvements vitaux ou à une sorte de force *providentielle* (1). La doctrine du *molimen*, si importante dans la théorie des crises, a donc été à peu près abandonnée, et on s'est attaché de préférence à compléter l'histoire particulière des diverses hémorrhagies.

Nous mentionnerons d'abord l'*apoplexie*, que Pinel avait rangée parmi les névroses, malgré les travaux de Wepfer et les descriptions de Morgagni : grâce aux recherches faites de nos jours, l'histoire de l'apoplexie est très avancée; c'est même une des plus complètes que nous possédions (2). Laënnec avait fait connaître les caractères de l'*apoplexie*

(1) Ces conditions ont été surtout bien exposées par M. Bricheteau, dans un travail qui a pour titre : *De l'influence du cœur et de l'hypertrophie des ventricules de ce viscère sur les fonctions et les maladies du cerveau* (*Jour. Comp.*, t. IV, 1820); dans cet ouvrage, M. Bricheteau a traité de l'influence des lésions du poumon sur les dilatations du cœur, et de celle qu'exerce l'hypertrophie du ventricule droit de ce viscère, sur la circulation pulmonaire et les hémorrhagies du poumon. Ce travail ne paraît être qu'une suite d'un autre antérieur, qui avait pour objet de démontrer l'influence des désorganisations et de l'oblitération des vaisseaux sur les hémorrhagies en général.

(2) M. Rochoux a pu dire, et avec raison, que lui, le premier, avait prouvé que l'hémorrhagie du cerveau s'annonce par des symptômes qui, dans la très grande majorité des cas, permettent de la reconnaître avec certitude. Cet auteur a établi en même temps que le coup de sang (congestion cérébrale), l'épanchement, soit aigu, soit chronique, de sérosité dans les ventricules du cerveau, le ramollissement de cet organe, l'arachnitis, et plusieurs affections chroniques de l'encéphale ou des méninges, pouvaient aussi être reconnues pendant la vie, et surtout presque toujours facilement distinguées de l'apoplexie. M. Rochoux en a conclu, et avec raison, que c'était ouvrir une nouvelle carrière pour la pathologie du cerveau; et beaucoup d'auteurs l'ont en effet suivie avec succès, prouvant par là la vérité de ses principes. M. Rochoux a publié pour la première fois ses recherches en 1814.

L'histoire de l'apoplexie méningée était restée assez obscure. M. Prus vient tout récemment d'en faire l'objet d'un mémoire étendu; c'est une excellente monographie: M. Prus y a montré des connaissances tout-à-fait pratiques, et un esprit fort judicieux. (Voyez *Mémoires de l'Académ.*, t. XI.)

pulmonaire, jetant ainsi beaucoup de jour sur l'hémoptysie dont les rapports avec la tuberculisation des poumons ont été mieux déterminés; les hémorrhagies de l'utérus ont été également l'objet de recherches fructueuses (1).

La chirurgie, comme on le pense bien, a pris une part fort importante dans tout ce qui concerne les hémorrhagies (2). A cette occasion, elle a tracé d'une main plus sûre que par le passé l'histoire des plaies des artères et des veines (3). S'attachant surtout aux différents moyens hémostatiques, elle a cherché comment se fait l'oblitération des artères et cela par des expériences nombreuses et bien instituées (4). La *torsion* des artères a été pratiquée avec succès, et des perfectionnements nombreux ont été apportés aux opérations qui se pratiquent sur les artères et sur les veines (5). Nous avons fait sans doute, pour l'histoire des *anévrysmes*, moins que les

(1) Voyez le traité publié en 1831, par M. A.-C. Baudelocque, sur les hémorrhagies internes de l'utérus, traité qui révèle une pratique consommée; voy. aussi l'excellent article de MM. Désormeaux et Paul Dubois, sur la métrorrhagie, dans le *Dict. de méd.* (2e édition.)

(2) A la suite des certaines opérations chirurgicales, de graves hémorrhagies peuvent se déclarer; les chirurgiens ont fixé leur attention sur ce point; nous citerons pour exemple le mémoire de M. Bégin sur l'hémorrhagie à la suite de l'opération de la taille au périnée, mémoire qui a pour objet de signaler les inconvénients et les dangers attachés à l'emploi de la plupart des moyens hémostatiques actuellement usités. L'auteur y démontre les avantages de l'irrigation continue pour combattre les hémorrhagies. (*Mémoires de l'Académie*, t. X, pag. 100.)

(3) Disons d'abord que l'inflammation des artères n'était guère mieux connue que celle des veines; Pinel n'avait fait que des suppositions à ce sujet. L'attention des observateurs a été depuis fixée sur cette question; M. Roche a, de plus, rattaché le premier l'inflammation des artères à la gangrène sénile; il a démontré ici les rapports de cause à effet, et par l'anatomie pathologique, et par des expériences pathologiques, et par les résultats comparatifs des divers traitements. (*Nouv. élém. de pathologie médico-chirurgicale*, t. I, pag. 199.)

(4) C'est ici le lieu de citer les belles recherches expérimentales sur les hémorrhagies traumatiques, par M. Amussat; après avoir exposé les caractères des hémorrhagies à l'extérieur, M. Amussat a fait successivement connaître ceux de l'hémorrhagie artérielle, de l'hémorrhagie veineuse, des hémorrhagies à l'intérieur, etc. M. Amussat a insisté ensuite sur les différents moyens hémostatiques, et particulièrement sur la torsion des artères dont il a fait sentir toute l'importance. (Voyez *Mémoires de l'Acad.*, t. V, p. 68.)

(5) M. Velpeau s'est également livré à de nombreuses expériences sur l'oblitération des vaisseaux; il a successivement employé la torsion, le froissement des vaisseaux et l'acupuncture. (*Journ. Hebd.*, 1831; *Gazette des hôpit.*, t. II et IV.)

Quant aux varices, M. Velpeau a cherché à en obtenir la guérison par les épingles, par la suture et la ligature entortillée. (*Bull. de thérap.*, t. II.)

praticiens étrangers; toutefois le contingent que nous avons apporté n'est pas à dédaigner et nous avons prouvé que les *varices* ne doivent plus être considérées comme incurables (1).

L'histoire des tumeurs vasculaires appelées *érectiles* par Dupuytren, à cause de leur ressemblance avec le tissu des corps caverneux, est presque toute moderne; avant le siècle dernier on n'avait que des notions imparfaites sur leur nature, puisqu'on les croyait développées dans le tissu cellulaire intermédiaire aux extrémités des artères et des veines. On connaissait toutefois leur tendance à repulluler et les dangers de leur extirpation. J.-L. Petit, qui le premier avait fait connaître leur nature, les appelait variqueuses, et il insistait tout particulièrement sur le danger des hémorrhagies, lors de leur extirpation. Ce grand chirurgien avait en outre posé les règles à suivre pour prévenir les accidents.

Mais il était réservé à notre époque de distinguer d'abord les tumeurs érectiles des fongus hæmatodes, puis les diverses espèces, artérielles, veineuses, mixtes, etc., (2) et puis enfin, d'indiquer à quelles opérations on peut recourir avant d'en venir à l'amputation.

De ces opérations, les unes ont pour but d'empêcher le sang de pénétrer la tumeur, telles sont les ligatures d'artères; les autres de rendre les tumeurs érectiles elles-mêmes imperméables par la destruction ou l'inflammation des vaisseaux qui les constituent; et ici viennent se ranger le séton, l'acupuncture multiple et prolongée, les incisions sous-cutanées, les injections irritantes, les vaccinations et surtout la cautérisation. Je le répète, ces diverses opérations, qui presque toutes sont efficaces, appartiennent aux chirurgiens modernes, et ont eu pour ori-

(1) M. Roux, plus que tout autre, s'est occupé avec succès du traitement des anévrismes. Ce praticien distingué a surtout contribué à l'avancement de la chirurgie sur ce point, en propageant parmi nous la méthode de Hunter; son immense pratique lui avait d'ailleurs donné une grande autorité dans toutes ces questions de haute chirurgie. (*Bulletin de l'Académie*, t. VIII, pag. 971.)

Il était difficile de faire de nouvelles découvertes dans cette partie de la chirurgie; néanmoins, M. Aug. Bérard a eu le mérite de découvrir une nouvelle espèce d'anévrisme variqueux. (*Archiv.*, 1844.)

(2) M. Jobert s'est livré à de nombreuses recherches sur le tissu érectile (1835); il s'est attaché spécialement à démontrer la véritable nature des tumeurs hémorrhoïdales (1828); suivant ce chirurgien, il ne faudrait voir dans ces tissus accidentels que de véritables dilatations veineuses.

gine la connaissance plus exacte de la nature des tumeurs érectiles (1).

Si maintenant nous passons à l'histoire des *névroses*, nous aurons moins de progrès encore à signaler, aussi bien de la part des médecins que des chirurgiens; mais on doit en sentir la raison, comme il n'y a pas ordinairement, dans ces sortes d'affections, de *substratum* organique appréciable, le champ des recherches positives était moins large que dans les autres divisions de la pathologie : tout consistant ici en descriptions de phénomènes, dont la filiation elle-même ne saurait être toujours régulièrement déterminée, les anciens nous avaient laissé peu de choses à ajouter; que pouvions-nous dire de plus, par exemple, dans la description de l'*épilepsie*? ou dans celle de l'*hystérie* (2)? ou dans celle de l'*hydrophobie*? On a fait cependant quelques réformes judicieuses; et les histoires particulières ont été tracées avec plus de précision (3), pour les affections *mentales*, les médecins se sont livrés, à l'exemple de Pinel et de M. Es-

(1) M. Velpeau a attaqué les tumeurs érectiles à l'aide des épingles et des fils placés en séton. (*Bullet. de thérap.*, t. XII).

M. A. Bérard a décrit dans ses cours de clinique chirurgicale un nouveau mode de traitement des tumeurs érectiles; quand le caustique de Vienne ne peut être employé, il pratique avec des épingles des espèces de trajets fistuleux dans lesquels il pousse une liqueur caustique; il en résulte une escarre intérieure et une inflammation qui oblitère les vaisseaux voisins.

On doit, en outre, à M. Bérard un nouveau mode de traitement des varices. (*Gaz. méd.*, 1841.)

MM. A.-C. Baudelocque et Bousquet ne manquent jamais, lorsqu'ils ont à vacciner des enfants porteurs de tumeurs érectiles, de pratiquer les piqûres au centre de ces mêmes tumeurs; et dans la plupart des cas ils en obtiennent ainsi la guérison radicale.

(2) L'histoire de l'hypochondrie et de l'hystérie a été toutefois l'objet de nombreuses recherches dans ces derniers temps; le judicieux Georget l'avait rendue plus exacte et plus rationnelle; M. Louyer-Villermay avait recueilli plusieurs faits intéressants dans sa monographie; mais c'est surtout à M. Falret qu'on doit des idées fort justes sur l'hypochondrie. L'ouvrage intitulé *De l'hypochondrie et du suicide* a fait sensation, et c'était à juste titre. Depuis, nous avons nous-même publié une *histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*; enfin tout récemment M. Brachet de Lyon a publié, sur le même sujet, un ouvrage que l'Académie a justement récompensé.

(3) Ainsi M. Ferrus avait institué à l'hospice de Bicêtre un cours de *médecine clinique sur les maladies du système nerveux*.

Dans cet enseignement, qui a commencé en 1831, et qui n'a cessé qu'en 1839, ce professeur a toujours eu en vue de faire rentrer les affections mentales dans le cadre ordinaire de la pathologie, et de rattacher leur point de départ, soit à des prédispositions particu-

quirol, à des travaux dont chacun connaît l'importance (1). Le *Traité de la manie* avait ouvert une ère nouvelle; et nous allons entendre tout ce qu'on devait ici à M. Esquirol.

Les *névralgies* et les *paralysies* dites essentielles du sentiment et du mouvement ont été beaucoup mieux étudiées; ici les chirurgiens se sont rencontrés avec les médecins. Il en est résulté un fait remarquable, déjà noté par nous dans un autre ordre de faits, c'est que la pathologie a jeté des lumières imprévues sur la physiologie. Qui ne sait en effet que certaines paralysies et certaines névralgies ont mieux fait connaître les fonctions des nerfs qui se répandent dans la face; que les uns ont

lières, soit à des modifications pathologiques survenues dans la contexture de l'organe dont la fonction était troublée.

Pour initier ses élèves à ce genre d'études, M. Ferrus se livrait en leur présence aux observations cliniques et aux recherches anatomiques les plus persévérantes. (*Voyez* compte-rendu des cours de M. Ferrus dans la *Gazette médicale* et la *Gazette des hôpitaux*.)

Ajoutons que l'Académie, par les questions qu'elle propose chaque année comme sujets de prix, suscite parfois d'excellents travaux; ainsi, le dernier concours a produit trois ouvrages dignes d'éloges sur les hallucinations: celui de M. Baillarger, celui de M. Michéa, et celui de M. Brierre de Boismont.

(1) J'ai classé les vésanies parmi les névroses, tout en reconnaissant que dans un certain nombre de cas il y a des conditions anatomiques bien évidentes. Plusieurs auteurs très recommandables se sont attachés à mettre ce fait hors de doute. Ainsi, M. Bayle, qui avait observé plus de 1,500 aliénés pendant son séjour à Charenton, a cherché à prouver dès 1822, par un certain nombre d'observations, que les aliénations, accompagnées de paralysie générale, étaient l'effet d'une inflammation chronique des méninges et de la superficie du cerveau, maladie non décrite jusqu'alors, et dont l'existence même était niée par ceux qui avaient fait l'histoire de l'arachnitis aiguë. (Montfalcon, Parent et Martinet, etc.)

En 1825, M. Bayle a donné plus d'extension à ses idées dans un mémoire qui a pour titre: *Nouvelle doctrine des maladies mentales*.

Enfin, en 1826, M. Bayle, dans son *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, a donné une description complète de la méningite chronique, maladie qu'il a bien fait connaître. Cette affection, qui, suivant lui, est la cause d'un quart environ des aliénations chez les hommes, est caractérisée pendant toute la durée de son cours par une paralysie générale et incomplète, par un affaiblissement considérable des facultés, et par un délire qui consiste presque toujours en des idées ambitieuses dominantes. Les lésions qui, suivant lui, correspondent constamment à ces désordres fonctionnels seraient les suivantes : un épaississement énorme des méninges, qui sont injectées de sang et infiltrées de sérosité, souvent adhérentes à la couche corticale sous-jacente, un ramollissement superficiel de cette couche, un épanchement séreux abondant dans les ventricules et sous la dure-mère, des fausses membranes entre les deux feuillets de l'arachnoïde, etc.

été ainsi reconnus comme entièrement dévolus au sentiment et les autres au mouvement? La science n'est donc point restée ici tout-à-fait en arrière (1).

Mais c'est surtout dans l'ordre des *hydropisies* que nous allons avoir à signaler de nouveaux progrès essentiellement *scientifiques* : nous disons *scientifiques*, et dans toute la rigueur du terme; c'est que nous avons ici à insister sur une *théorie partielle* régulièrement déduite de faits bien observés. Nous l'avons dit plus d'une fois, l'époque est encore loin de nous où il sera permis de formuler un système ou une théorie générale en médecine, tels enfin qu'un principe dominant la science tout entière s'y adapte comme une clef de voûte, et soutienne tous les faits particuliers, de manière à en former un édifice régulier et complet. Mais en attendant, que faut-il faire? Faut-il se condamner à n'enregistrer que des faits isolés? Faut-il dire, avec quelques uns, que la science médicale ne peut

(1) M. Jolly a ajouté un grand nombre de faits nouveaux à l'histoire des névralgies; il a révélé le premier l'existence des névralgies ganglionnaires; le premier aussi il a rapproché les névralgies ganglionnaires des fièvres intermittentes (*Biblioth. médic.*); il a tracé les caractères physiologiques qui distinguent les trois variétés de névralgies; ainsi que les différents traitements quelle réclament. (*Biblioth. méd.*, 1822.)

M. Jolly établit en principe qu'il peut exister autant de névralgies qu'il existe de nerfs sensitifs, et que cette maladie n'excepte pas plus aucune partie douée de l'influence nerveuse que l'état inflammatoire n'excepte une partie quelconque pourvue de vaisseaux sanguins. Il ne pense pas qu'on doive *toujours* rapporter la névralgie à une modification directe et immédiate du nerf actuellement douloureux; suivant M. Jolly, dans certains cas elle peut être liée à une modification pathologique du cerveau lui-même. (*Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XII, p. 19.)

Dans un autre travail (*Revueméd.*, 1839), M. Jolly a cru pouvoir rapprocher la chlorose d'une lésion dynamique du système nerveux de l'appareil digestif; il a émis à ce sujet des idées qui paraissent fort plausibles.

Plus récemment, M. Valleix a publié un ouvrage fort remarquable sur les névralgies, dans lequel il a marqué d'une manière précise les *foyers* d'irradiation. Ces foyers avaient été à peu près méconnus jusque-là; M. Valleix a donné le moyen de les reconnaître dans la plupart des cas. (*Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs.* Paris, 1841.)

C'est ici le lieu de dire que M. Roche a introduit, ou plutôt réhabilité, dans le traitement de plusieurs maladies nerveuses, un précepte thérapeutique dont on méconnaissait l'importance; il consiste à régulariser les mouvements désordonnés de quelques malades, des choréiques, par exemple, et de les faire ainsi rentrer sous l'empire de la volonté en les soumettant à un rhythme (*Nouveaux élém. de pathologie médico-chirurgicale;* 4e édition. Paris, 1844, t. II, pag. 143). Cette idée a été, depuis, généralisée et appliquée avec succès au traitement de plusieurs maladies nerveuses.

consister qu'en faits *particuliers* bien observés? Cette idée ne saurait entrer dans notre esprit; avec des faits isolés, il n'y a pas de science possible; il faut trouver les liens systématiques qui les unissent, et alors seulement on commence à faire de la science. C'est donc vers ce but que doivent tendre aujourd'hui les efforts des pathologistes, mais avec sagesse, avec circonspection; il faut grouper des séries de faits et en chercher les rapports généraux, rien de plus : c'est ce qui déjà a été fait pour les différentes sortes d'hypérémies capillaires, désignées sous les noms de fluxions, congestions, inflammations, etc.; mais pour les hydropisies, la théorie partielle est encore plus satisfaisante (1).

Depuis le jour où Lower, interceptant par une ligature le cours du sang dans les veines jugulaires d'un chien, découvrit une suffusion séreuse dans la région correspondante, la loi générale des hydropisies a été découverte : toutefois il lui a fallu du temps pour faire en quelque sorte son chemin dans la science, et aujourd'hui encore on ne voudrait l'appliquer qu'à un groupe d'hydropisies, à celles que l'on appelle *mécaniques*. On voudrait en distraire et les hydropisies dépendantes des maladies du cœur, et celles qui sont produites par les lésions du poumon, comme si la condition productrice n'était pas encore ici la même; à savoir : un obstacle apporté au cours du sang, soit dans la grande, soit dans la petite circulation ! D'autres persistent à placer dans une catégorie à part, sous le nom d'*hydrophlegmasies*, les épanchements qui sont liés

(1) Il y a peu d'ouvrages spéciaux sur les hydropisies, peu du moins qui aient été publiés en France au commencement de ce siècle; il faut presque toujours consulter ou les traités généraux de pathologie, ou les dictionnaires, ou les collections de thèses. Feu M. Itard avait rédigé l'article du *Dictionn. des sciences médicales*, en 1818; plus récemment, en 1824, M. Rayer avait composé le même article pour la Ire édition du *Dictionnaire de médecine*, article où se trouvent d'excellentes recherches sur les différentes espèces d'hydropisies; enfin plus récemment encore, c'est-à-dire en 1837, M. Littré a publié, dans la seconde édition de ce dictionnaire, un court et très méthodique article sur cette même question; la systématisation des hydropisies s'y trouve en progrès; mais, il faut s'empresser de le reconnaître, c'est à M. Bouillaud qu'on devait les meilleures idées à ce sujet. Dans son remarquable travail intitulé *De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles; considérations sur les hydropisies passives en général* (*Archiv.*, 1823, t. IV, p. 188, *ibid.* 1824), M. Bouillaud a démontré de la manière la plus positive le mode de production des hydropisies : c'était une voie qu'il fallait suivre; on avait à peu près oublié les recherches de Lower; M. Bouillaud, ici comme toujours, s'est montré grand observateur.

aux inflammations des membranes séreuses. Mais, à mesure qu'on connaîtra mieux ce qui se passe dans les réseaux capillaires enflammés, ou simplement congestionnés, on verra que la cause est encore ici la même, qu'il y a toujours un obstacle au cours du sang, non plus, comme tout-à-l'heure, dans les gros vaisseaux, mais dans la trame des vaisseaux capillaires; on verra que le sang stagne dans ces petits canaux, que ses globules les encombrent, et que, poussés, *à tergo*, par les forces circulatoires, il laisse transsuder sa portion séreuse à la surface des membranes, et avec d'autant plus de facilité que, dans les cavités closes, les membranes n'ont pas d'épithélium pour empêcher cette transsudation; de là la rapidité des épanchements qui suivent les inflammations des membranes séreuses et synoviales. Donc la loi est encore ici la même, et ces hydropisies rentrent dans la théorie partielle indiquée tout-à-l'heure (1).

Suivant nous, on ne doit, dans l'état actuel des connaissances, faire d'exception que pour les infiltrations qui coïncident avec l'état *albumineux* des urines; genre d'affections découvert tout récemment, et qui

(1) J'ai prouvé dans un autre lieu que, toutes les fois qu'on agit physiquement ou chimiquement sur une membrane vivante, on amène bientôt un *ralentissement* du cours du sang dans les capillaires de cette membrane; c'est un caractère qui appartient au début des congestions et des inflammations. Haller l'a signalé le premier; il n'a pas échappé à Thomson; Hastings, Wedemeyer, OEsterveither, cités par Burdach (*Traité de physiologie*), ont également observé ce ralentissement.

A lui seul ce ralentissement pourrait amener des suffusions séreuses à la surface et dans la cavité de ces membranes; mais bientôt l'encombrement du sang dans les capillaires est tel qu'il y a *arrêt* complet du cours du sang.

Cette suspension n'a pas lieu en même temps dans toutes les parties d'une même région; elle a lieu d'abord dans les petits courants; déjà tout y est immobile, tandis que, dans les capillaires d'un plus fort diamètre, il y a encore des mouvements de propulsion; mais bientôt la stagnation est générale, tout le système capillaire est immobile. Le cœur cependant n'en continue pas moins ses mouvements; les artères voisines battent avec force; de là les douleurs pulsatives si fréquentes dans les inflammations; il en résulte que le réseau capillaire engorgé est sollicité par les forces circulatoires, et que le sang, ne pouvant plus le traverser, laisse transsuder sa partie séreuse, comme une sorte de rosée, dans les cavités closes. On sait que, sous l'influence de larges saignées, on voit fréquemment disparaître toute trace d'épanchements séreux; on en a conclu que l'absorption reprend le sérum et le ramène dans le torrent circulatoire, pour remplacer les déperditions qui ont eu lieu. Ce n'est pas tout-à-fait ainsi que les choses se passent; les saignées diminuent l'encombrement, l'accumulation du sang dans les réseaux capillaires; ceux-ci, redevenus libres, se laissent de nouveau traverser par le sang, et le sérum épanché est entraîné lui-même dans les voies de la circulation. (*Prélec. de path. expérim.*, 375 *et passim.*)

a été l'objet de travaux importants, d'abord en Angleterre, puis en France (1).

Quant aux hydropisies que l'on a appelées *passives*, et qu'on a voulu rattacher, ou à l'appauvrissement du sang ou à une profonde débilité de l'économie, il est évident que la loi est encore ici la même, la cause productrice consistant toujours dans un ralentissement du cours du sang.

D'après tout ce que nous venons de dire, on voit qu'en pathologie il y avait, pour l'histoire des hydropisies, un progrès tout scientifique à signaler; et si nous mettions ici en regard l'état antérieur de la science sur ce point, on verrait combien nous devons nous applaudir des résultats que nous venons d'indiquer. Sans remonter à Sauvages, qui désignait la grossesse sous le nom d'*enflure*, et la mettait dans la classe des hydropisies; qui prétendait expliquer la production de toutes les hydropisies par ce qu'il appelait la *cacochymie* ou la *cacochylie* des organes, Pinel lui-même n'attribuait-il pas l'inflammation des parties les plus déclives à une prétendue débilité qui se ferait sentir d'abord aux extrémités inférieures? Et ne rattachait-il pas toutes les hydropisies aux seules lésions du système lymphatique?

Tels sont les progrès que l'on doit à la médecine dans cet ordre de faits; mais la chirurgie n'est point restée non plus inactive, et, comme de coutume, c'est vers l'application que ses efforts ont été dirigés.

On savait, et depuis longtemps, que la cure radicale des épanchements séreux ne pouvait guère être obtenue que par l'accolement, l'adhérence des surfaces des membranes séreuses, et on n'ignorait pas, non plus que, pour provoquer, pour amener cette adhérence, il faut enflammer ces mêmes surfaces; c'est ainsi qu'on était parvenu à obtenir la guérison radicale de l'hydrocèle. Ceci a conduit les chirurgiens à appliquer ces mêmes procédés aux bourses muqueuses et aux hydropisies enkystées de médiocre étendue. Conduits par la même idée, d'autres, imités en cela par quelques médecins, ont osé entreprendre la cure d'hydropisies beaucoup plus vastes (2).

(1) On sait que c'est au docteur Bright qu'on doit les premières notions sur cette maladie; MM. Dance (*Archiv. de méd.*, 1832), Rayer et Martin-Solon ont exposé depuis et avec détails, tout ce qui est relatif à cette même affection. *Voyez* le grand ouvrage de M. Rayer (*Traité des maladies des reins.* Paris, 1839-1841, 3 vol. in-8°.) et celui de M. Martin-Solon (*De l'albuminurie.* Paris, 1838.)

(2) Sous le rapport de la thérapeutique, il faut d'abord mentionner le mémoire publié par

Toutes ces tentatives n'ont pas été heureuses; mais le succès, dans certains cas, les a justifiées : c'était donc autant de faits que nous devions signaler ici.

Il nous reste maintenant à examiner quels ont été les progrès de la médecine et de la chirurgie dans une dernière classe de lésions, celles que l'on a désignées sous le nom de *lésions organiques* par excellence; lésions bien plus considérables, bien plus variées que celles que nous venons d'indiquer, et par cela même très imparfaitement systématisées. Cette classe était naguère comme une sorte de *caput mortuum* dans lequel les pathologistes rejetaient tout ce qu'ils n'avaient pu placer ailleurs. Ainsi, Pinel y mettait indifféremment la syphilis et la gangrène, les hydropisies et les hémorrhoïdes, le diabète et les vers intestinaux. Cette confusion ne serait plus possible aujourd'hui. Une science toute nouvelle est venue coordonner les lésions qu'on est convenu d'appeler organiques, parce que le fait qui domine dans leur production est moins la réaction vitale que la déformation organique ou l'altération des tissus. Cette science, c'est l'*anatomie pathologique;* elle est née presque d'hier : aussi n'a-t-elle guère fait encore que proposer des essais de systématisation. La chirurgie en avait fourni la plupart des matériaux avant la médecine; puis sont venus les classificateurs, parmi lesquels nous trouvons encore Laënnec (1).

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler les diverses classifications proposées.

M. Bricheteau en 1832, dans les *Archives*, et qui a pour titre : *De la compression, de son usage dans les hydropisies, et particulièrement dans l'ascite.* La thérapeutique proposée par M. Bricheteau est fondée sur une intelligence parfaite de la théorie des hydropisies.

M. Velpeau a publié plusieurs travaux importants sur les épanchements séreux dans les cavités closes; il a considéré ces cavités sous un point de vue nouveau; ce ne sont plus pour lui que de simples surfaces de frottement, dont on peut entièrement changer les dispositions. De nombreuses expériences ont été faites par ce praticien, dans le but d'y provoquer des inflammations adhésives. (*Voyez la France médicale,* 1836; les *Archives de méd.*, 1837; le *Dict. de méd.*, art. *Hydrocèle; la Presse méd.*, 1837; le *Bull. de Thér.*, 1841 et 1842; et enfin les *Annales de chirur.* Paris, 1843, t. VII et VIII.)

(1) Les matériaux les plus précieux, toutefois, avaient été fournis par le judicieux Morgagni. Nous n'avons apprécié que tardivement en France, il faut le dire, tout le mérite des ouvrages de Morgagni; les médecins français, au commencement de ce siècle, ne tiraient aucun parti de ses belles observations, de même que les chirurgiens méconnaissaient les découvertes de J. Hunter.

Vicq-d'Azyr avait jeté en France les premiers fondements de l'anatomie pathologique; mais J. Hunter avait voulu réduire cette science en théorie; il voulait en chercher les lois dans le

Il suffira de faire remarquer que Laënnec a jeté encore ici une de ces vues ingénieuses et profondes qui font époque dans la science : après avoir, en effet, distingué, et les altérations de nutrition caractérisées sous les noms d'*hypertrophie* et d'*atrophie*, et les simples altérations de forme et de position, Laënnec signale les développements accidentels de tissu ou de substance, et il les divise en deux classes, suivant qu'ils ont ou qu'ils n'ont pas d'*analogues* dans les tissus normaux de l'économie ; distinction judicieuse et fondamentale qui est restée dans la science. L'anatomie pathologique a, en outre, compris dans son cadre les altérations des liquides, sur lesquelles nous allons revenir.

Constituée sur ces nouvelles bases, la médecine a marché d'un pas plus assuré ; un ordre remarquable et fécond a succédé à une extrême confusion, et le diagnostic en a acquis plus de sûreté et de certitude (1) : soit, en effet, qu'il n'y ait qu'une simple augmentation de volume des organes, qu'une ampliation de certaines cavités, avec épaisissement ou amincissement des parois ; soit qu'il y ait rétrécissement de certains orifices, ou insuffisance des appareils valvulaires, on arrive aujourd'hui, grâce à de rigoureux moyens d'exploration, à un diagnostic qui ne laisse pour ainsi dire presque rien à désirer (2). Qu'on se reporte aux anciens traités

mode de formation des productions morbides ; Bichat n'a pas eu le temps d'aborder ces questions : Broussais l'un des premiers en a fait sentir l'importance dans son *Traité des phlegmasies chroniques*. Mais il était réservé à MM. Andral et Cruveilhier de donner, par leurs ouvrages, une prééminence marquée à l'anatomie pathologique, dans l'école de Paris. M. Cruveilhier prélude, en 1816, à son grand ouvrage, par son *Essai sur l'anatomie pathologique en général, et sur les transformations organiques en particulier.* M. Andral, en 1829, publie son *Précis d'anatomie pathologique*. A peu près en même temps, M. Lobstein faisait paraître son Traité avec atlas. Depuis, M. Cruveilhier, et par son enseignement et par ses publications, a véritablement institué parmi nous l'étude de l'anatomie pathologique ; son ouvrage est un cadre immense où viennent se grouper toutes les recherches importantes sur cette matière.

(1) Parmi les ouvrages qui ont le plus contribé à éclairer le diagnostic en se basant ainsi sur l'étude des altérations organiques, il faut citer le *Traité de médecine clinique*, publié en 1826 par M. Rostan : ajoutons que l'auteur, par son enseignement oral, n'a pas peu contribué à faire avancer la science dans cette même voie de perfectionnement.

(2) On sait que M. Piorry s'est attaché tout particulièrement à perfectionner les modes d'exploration ; il en a étendu l'application et l'a rendue plus rigoureuse. (Voyez son *Traité de la percussion médiate*, publié en 1828.)

On ne saurait non plus passer sous silence, puisqu'il est ici question des divers modes d'ex-

de pathologie; qu'on compare, par exemple, ce qui avait été dit sur les affections du cœur, avec les notions si précises auxquelles nous pouvons aujourd'hui arriver par l'application des ingénieux procédés d'Avenbrugger et de Laënnec, et on aura une idée des progrès inespérés que la médecine a faits dans ce dernier ordre de lésions (1).

On peut en dire autant pour les maladies du poumon. Si on se reporte aux ouvrages publiés au commencement de ce siècle, on verra qu'on n'était guère plus avancé qu'au temps de Morton, de Sylvius et d'Hofmann : on ne parlait que d'ulcères du poumon, d'abcès ou de vomique. Bayle commence à faire quelques distinctions importantes; puis arrive encore Laënnec, qui donne à cette partie de la science une perfection qui tient en quelque sorte du prodige (2).

La chirurgie, de son côté, n'est point restée en arrière; elle a fourni,

ploration, l'ingénieuse invention d'un praticien consommé, de M. Récamier : nous voulons parler du *speculum uteri*, instrument qui a permis de découvrir des lésions jusque là complétement ignorées.

(1) Trois grands ouvrages généraux ont été publiés en France dans le cours de ce siècle sur les maladies du cœur, et tous trois ont fait époque dans la science. On pense bien que nous voulons parler ici, 1° de l'ouvrage de Corvisart, rédigé et publié par Horeau, en 1806, sous le titre de : *Essai sur les maladies et les lésions du cœur et des gros vaisseaux;* 2° du Traité de Laënnec sur les maladies du cœur, compris dans le livre de l'*Auscultation médiate*, publié d'abord en 1819, puis en 1826, puis réimprimé et augmenté de notes par M. Mériadec-Laënnec en 1831; 3° du Traité publié en 1824 par MM. Bertin et Bouillaud, puis par M. Bouillaud, le *Traité clinique des maladies du cœur.* Paris, 1835; 2e édition 1841. 2 vol. in-8°, avec des additions et des modifications qui placent cet ouvrage au premier rang, et tout-à-fait au niveau des connaissances actuelles.

Parmi les bons mémoires publiés sur les bruits anormaux du cœur, on remarque celui que M. Martin Solon a publié dans le Journal hebdomadaire, t. IX, 1832.

(2) Les recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie publiées par M. Louis, en 1825, ont singulièrement ajouté à nos connaissances sur cette maladie. Une deuxième édition, publiée en 1843, a été considérablement augmentée, et a de nouveau contribué à jeter de vives lumières sur tout ce qui se rattache à cette affection. M. Valleix a parfaitement apprécié la part d'influence que les belles recherches de M. Louis ont eue sur la marche de l'observation. (Voycz *Archives de méd.*, t. LXIII.)

En 1834, M. Louis a publié son Examen de l'Examen de M. Broussais, relativement à la phthisie et à l'affection typhoïde; on y retrouve cet esprit éminemment positif et rigoureux qui caractérise toutes les productions de M. Louis.

M. Roche a beaucoup fait pour l'histoire générale de la tuberculisation; il s'est surtout livré à des considérations importantes sur l'étiologie; il a examiné les tubercules dans tous les siéges qu'ils peuvent affecter, dans le cerveau, dans le tissu cellulaire, dans les poumons,

dans cet ordre de faits, un riche contingent; d'une part, en effet, elle rapporte ici tout ce qui a trait aux solutions de continuité, aux déplacements, aux changements de rapport des parties (1), etc... et, d'autre part, tout ce qui concerne les tissus accidentellement développés dans le sein de l'économie, les corps étrangers qui peuvent s'y former, et enfin les déformations organiques.

Forcé que nous sommes de terminer cette esquisse, il nous est impossible, même par une simple énumération, de faire connaître tout ce que les chirurgiens ont inventé ou perfectionné dans ces derniers temps; que n'aurions-nous pas à dire sur le traitement des plaies et des ulcères, des luxations et des fractures (2)! Que de travaux n'ont pas été accomplis dans la classe autrefois si obscure des tumeurs! Que de recherches,

le foie, etc., etc. M. Roche s'est surtout attaché à démontrer que la phthisie pulmonaire est de la même nature que les scrofules, et réclame par conséquent un traitement analogue. Il est de fait que, depuis la publication de ces idées, le traitement de la phthisie pulmonaire a complétement changé de face.

(1) Au nombre des meilleurs travaux sur les déplacements désignés sous le nom de hernies, il faut bien certainement placer ceux de M. J. Cloquet, à savoir : ses *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen*, in-4°, 4 planches, 1817, et ses *Recherches pathologiques*, in-4°, 10 planches, 1819; les chirurgiens font le plus grand cas de ces travaux. Nous citerons, en outre, du même auteur, un mémoire intitulé : *De l'Influence des efforts sur les organes renfermés dans la cavité thoracique, et des hernies du poumon*, 1820.

Voyez aussi le Mémoire de M. Gerdy sur les hernies (*Archives de méd.*), et ses remarques déjà citées sur la cure des hernies.

En 1841, M. Velpeau a signalé une nouvelle espèce de hernie inguinale qu'il appelle interne. Voyez *Annales de chirurgie*. Paris, 1841, t. I, pag. 258.

On doit à M. Laugier, 1° la découverte d'une espèce nouvelle de hernie crurale; c'est celle qui a lieu à travers la partie moyenne du ligament de Gimbernat; elle offre des signes particuliers et caractéristiques pendant l'étranglement (*Archives*, 1833);

2° La découverte d'un signe à l'aide duquel on connaît par l'examen du ventre si l'intestin est renfermé dans une hernie étranglée, et si c'est l'intestin grêle ou le gros intestin;

3° La découverte du seul signe commun de la lésion de l'intestin par le bistouri dans l'opération de la hernie étranglée avant sa perforation complète, et dans le cas d'adhérence avant le sac. (*Bulletin chirurg.*, t. II, p. 301.)

M. Malgaigne a fait aussi de nombreuses recherches sur le degré de fréquence des hernies et sur les conditions anatomiques des étranglements.

On doit encore à M. Malgaigne une bonne description du rectocèle vaginal, affection dont le nom même était inconnu avant lui.

(2) Nous rappellerons d'abord les moyens récemment proposés dans le but de mettre les plaies et les ulcères à l'abri du contact de l'air, et particulièrement les moyens que

par exemple, sur le cancer, qu'on se bornait à distinguer autrefois en occulte et en évident! Deux médecins que nous avons déjà nommés, Bayle et Laënnec, y distinguent d'abord les différentes formes des tissus squirrheux, encéphaloïde, colloïde et mélanique; puis les chirurgiens établissent l'ordre de fréquence de ces différentes formes dans tous les organes de l'économie (1).

M. Réveillé-Parise a mis en usage avec tant de succès dans le traitement des plaies en suppuration ou des plaies récentes; à savoir, les feuilles de plomb pour les premières et les ventouses à pompe pour les secondes. (*Études de l'homme*. Paris, 1845, t. I, pag. 258.)

M. Laugier a également imaginé, et tout récemment, un nouveau mode de pansement des plaies fraîches et de celles qui suppurent; on le pratique avec la solution épaisse de gomme arabique, et la peau de baudruche substituée aux corps gras, aux emplâtres et aux autres appareils. De nombreux exemples prouvent la supériorité de ce pansement dans les brûlures, les ulcères et les larges plaies avec perte de substance.

Le pansement des fractures par le bandage inamovible doit être considéré comme un progrès remarquable. M. Larrey en avait fait d'abord l'application. *Voyez Mémoires et campagnes de chirurgie militaire.* M. Bérard, en 1833, y ajoute de nombreux perfectionnements. M. Velpeau avait combiné le bandage inamovible avec la compression en 1826; plus tard, il a substitué la dextrine. (*Expér.*, 1837; *Annales de la chirurgie*. I, pag. 5; X, pag. 289.)

C'est à M. A. Bérard qu'il faut rapporter l'idée de faire marcher les malades atteints de fractures la jambe, et chez lesquels on a employé l'appareil inamovible. Dès 1833, M. Bérard avait positivement émis cette idée.

M. Malgaigne a beaucoup fait, de son côté, pour les fractures et les luxations; on pourrait même dire qu'il a en beaucoup de points réformé la pathologie et la thérapeutique.

Disons encore que M. Laugier a découvert tout récemment (1835) un signe nouveau des fractures du crâne; c'est l'écoulement par l'oreille d'une grande quantité d'un liquide aqueux et limpide après les percussions du crâne. (*Bulletin chirurg.*, t. I, p. 266.)

M. Laugier a fait connaître le siége des accidents locaux préventifs après la réduction des luxations des extrémités articulaires des os longs compliquées de plaies, et il indique le traitement préventif de ces accidents. (*Bulletin chirurg.*, t. I, p. 379.)

(1) M. Gerdy, dans un mémoire publié en août 1838, a cherché à prouver que le cancer n'est qu'une dégénération fâcheuse, et secondaire de certaines formations nouvelles primitivement indolentes.

M. Lisfranc s'est fructueusement occupé de la question des cancers sous le rapport pratique; on connaît ses recherches sur le cancer de la matrice; mais il s'est tout particulièrement attaché à faire discerner les cancers superficiels des cancers profonds.

Quant aux tumeurs blanches elles ont été l'objet d'un remarquable travail de la part de M. Velpeau, qui s'est attaché à suivre le développement du mal dans chaque tissu en particulier. (*Archiv. de méd.*, 1837; *Dict. de méd.*, t. IV; *Gazett. des hôpit.*, 1841.)

Personne ne peut avoir oublié les solennelles discussions soulevées dans cette enceinte, et au sujet de ces mêmes altérations cancéreuses (1), et au sujet d'une maladie bien plus redoutable encore, inconnue jusque là dans la pathologie humaine, c'est-à-dire, de la *morve;* question dont la solution importe tant à l'hygiène publique, et qui devra être reprise de concert avec les médecins vétérinaires (2); pour nous, nous nous bornerons à faire remarquer ici que les faits de cet ordre nous ramènent à une question bien plus générale et non moins importante, à savoir, l'*altération des liquides!* Qui est-ce, en effet, qui, en traitant cette question des dégénérescences organiques et celles des maladies contagieuses, ne s'est pas reporté à celle de l'infection des liquides? Qui ne s'est pas demandé si cette infection ne précéderait pas le développement de toutes les altérations des solides? C'est précisément parce que ces idées ont préoccupé les praticiens de notre temps qu'on en est revenu à l'étude de l'altération des liquides; étude d'ailleurs que les anatomo-pathologistes avaient comprise dans leur programme. Les anciens avaient immensément écrit sur les altérations des humeurs; mais comment auraient-ils pu faire avancer la science sous ce rapport, eux qui admettaient des humeurs complétement imaginaires, telles que la *pituite* et l'*atrabile?* humeurs dont ils se sont complu à décrire longuement toutes les prétendues altérations. Il en a été à peu près de même à l'époque de la renaissance: que de rêveries, que d'extravagances, dans la chémiatrie de Paracelse et de Sylvius de Leboë! et même dans cette partie de l'humorisme que Boerhaave avait combinée avec son solidisme! Depuis, on était tombé dans un excès contraire : un solidisme exclusif régnait dans nos écoles. Pinel et Broussais n'avaient voulu tenir compte que des altérations des solides; aujourd'hui la science est entrée dans de nouvelles voies, et la direction toute positive donnée à ces recherches, l'esprit dans lequel elles sont poursuivies, nous sont un sûr garant des résultats importants auxquels on finira par arriver. On sait, en effet, que des travaux conscien-

(1) Dans cette grande discussion relative aux tumeurs du sein, presque tous les chirurgiens y ont pris part; M. Cruveilhier a toujours été sur la brèche; quelques autres médecins l'ont soutenu, particulièrement M. Hervez de Chégoin, dont la communication a paru pleine d'intérêt. (Voyez *Bulletin de l'Académie*, t. IX, pag. 330 et suiv.)

(2) Les discussions qui ont eu lieu sur la morve à l'Académie ont déjà jeté d'assez vives lumières sur ce sujet; il suffit de se rappeler ce qui a été dit à ce sujet par MM. Barthélemy, Bouley, Rayer, Dupuy, etc. (*Bulletin de l'Académie*, t. I, pag. 430; t. III, pag. 80 et suiv.)

cieux ont été entrepris sur le sang, sur le pus, le mucus, la bile, etc.; les chimistes et les micrographes sont venus ici en aide aux médecins et aux chirurgiens; la composition normale des liquides a été mieux connue, et on a pu constater la plupart de leurs altérations.

Cet humorisme, on le voit, ne ressemble en aucune manière à l'humorisme des anciens; la marche des modernes observateurs est lente, mais assurée; il s'agit d'une part de liquides positivement reconnus et rigoureusement analysés, et d'autre part d'altérations non moins formellement constatées, soit que celles-ci consistent dans une augmentation ou une diminution de la masse totale des liquides ou dans un changement de proportion de leurs éléments constitutifs, soit qu'elles tiennent à la présence de principes hétérogènes; c'est ainsi que l'humorisme a été compris de nos jours, et qu'il est venu s'associer à un solidisme naguère trop exclusif (1).

(1) Il faut s'empresser de le reconnaître, les travaux les plus considérables, les plus importants sur les altérations du sang ont été accomplis dans ces derniers temps par MM. Andral et Gavarret; il suffit de citer l'Hématologie de M. Andral et les lectures récemment faites à l'Académie des sciences.

Antérieurement, MM. Denis et Lecanu avaient publié de belles recherches sur le même sujet; enfin MM. Bequerel et Rodier viennent de présenter à l'Académie des sciences un mémoire fort remarquable sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie.

Comme recherches miscroscopiques, nous mentionnerons celles qu'on doit à M. Donné sur plusieurs liquides de l'économie (*Cours de microscopie complémentaire des études médicales*. Paris, 1844). Et nous répéterons que ce sont ces sortes de travaux qui ont fondé un humorisme durable, parce qu'il est à la fois expérimental et rationnel.

On sait que M. Roche avait cherché, de son côté, à systématiser les altérations des liquides. A l'époque où parut la première édition de son ouvrage, un solidisme exclusif régnait alors dans l'école de Paris. Ce fut une nouveauté hardie, que l'idée de former une classe de maladies par altération des liquides; bientôt cependant les recherches se multiplièrent dans cette direction, et la science ne tarda pas à s'encombrer de faits qu'on aurait pu augmenter indéfiniment en pure perte; il fallait les systématiser pour en déduire quelques lois générales, et M. Roche l'entreprit. Il distingua les maladies suivant qu'elles sont produites par la présence, dans le sang, de divers poisons, ou par celle du pus et des matières putrides, par celle des miasmes des venins et des virus; puis il distingua celles qui dépendent d'un vice de nutrition, etc. C'est en établissant ces distinctions que M. Roche a pu jeter quelques lumières sur les questions de transmission et de contagion.

M. Roche a en outre puissamment contribué à éclairer la nature et le traitement de la goutte, en rattachant cette affection à une théorie humorale; on sait qu'il en a surtout attribué la cause à une alimentation trop succulente et trop azotée, et qu'il en a cherché la

Nous voudrions nous arrêter ici dans notre examen comparatif des connaissances acquises, de nos jours, en médecine et en chirurgie ; mais ce serait commettre une véritable injustice à l'égard de la chirurgie, si, avant de terminer, nous ne signalions trois branches nouvelles qui se trouvent pour ainsi dire surajoutées à la médecine opératoire : nous voulons parler de l'*autoplastie*, de la *lithotritie* et de la *ténotomie*.

Les ruines d'une maison se peuvent réparer,

a dit La Fontaine.

Que n'est-cet avantage,
Pour les ruines du visage!

La chirurgie aujourd'hui répare les ruines du visage, non celles, sans doute, qu'amènent les années, mais celles plus hideuses que laissent souvent après elles ou de vastes blessures ou de profondes ulcérations, ou

nature dans une surabondance des matériaux nutritifs du sang. Assimilant ainsi la goutte à la gravelle, il a été conduit à des applications thérapeutiques nouvelles dans le traitement de ces maladies. Parmi ces applications il faut citer l'emploi des eaux de Vichy et de toutes les eaux alcalines.

M. Velpeau, en d'autres temps, s'est beaucoup préoccupé de ces sortes de questions; il s'est l'un des premiers attaché à démontrer les altérations du sang par suite d'infections purulentes. (Thèse n° 16, 1823 ; *Archives de méd.*, t. XI et XIV, 1826; *Revue méd.*, t. II, III et IV, 1826, et t. II, 1827.)

Ailleurs M. Velpeau a cherché à démontrer la présence de la matière cancéreuse dans le sang, (*Revue méd.*, 1825) (cas rare de maladie cancéreuse, brochure 1825); suivant lui ce produit serait tout-à-fait étranger à l'inflammation, il faudrait le considérer comme une exsudation pathologique.

M. Blandin a également traité et avec détails toutes les questions relatives à l'infection purulente et aux abcès métastatiques.

Les travaux de M. Martin-Solon sur les urines rentrent tout-à-fait dans cet humorisme positif et nécessairement progressif dont nous venons de parler. Voyez ses remarques sur les urines critiques et sur les urines dans les affections bilieuses. (*De l'albuminurie*, p. 319 et 431.)

Quant aux maladies miasmatiques, venimeuses et virulentes, M. Roche les a considérées sous un point de vue tout-à-fait nouveau; et, d'abord, à l'occasion des maladies miasmatiques, il s'est efforcé de démontrer que ces sortes d'affections présentent en général, dans le même ordre, une succession de phénomènes, ou des phases qui semblent correspondre parfaitement à la marche des miasmes au milieu de l'économie, depuis leur introduction jusqu'à leur élimination. (*Nouv. éléments de pathologie*. 4e édition. Paris, 1844, t. V, pag. 381 et suiv.)

Pour les grandes questions de contagion et d'infection, il y aurait surtout à citer ici les courageuses recherches de M. Chervin; mais c'est un sujet que je me propose de traiter ailleurs et avec plus d'étendue que je ne pourrais le faire ici.

même ces *hiatus*, ces vides que le *nisus formativus*, dit-on, n'a pas eu le temps de combler; la chirurgie de nos jours a souvent réussi à les fermer ou par de simples avivements, ou par des emprunts faits aux parties voisines, et alors il est merveilleux de voir comment la nature se prête à ces ingénieux procédés de l'art chirurgical. On ne sait ce qu'on doit le plus admirer ou du courage des malades, ou de l'habileté du chirurgiens. Des dénominations nouvelles rappellent ces diverses opérations : c'est la *rhinoplastie*, la *chéiloplastie*, la *génoplastie*, la *staphyloraphie*, etc. (1).

Quant à la *lithotritie*, on ne trouvera pas sans doute que nous allons trop loin en disant que c'est le plus grand progrès qu'ait fait l'art chirurgical depuis Ambroise Paré jusqu'à nos jours; non pas sans doute par le caractère scientifique de cette découverte, mais par ce qu'il y a d'ingénieux dans ses procédés, et surtout d'heureux dans ses applications. Quelle différence n'y a-t-il pas, en effet, entre les procédés qui consistent à se frayer une voie sanglante pour aller chercher un calcul dans la vessie, et ceux qui permettent de le réduire en fragments et de le faire sortir par

(1) M. Blandin, qu'on peut à juste titre regarder avec M. Velpeau comme l'un des créateurs de l'anatomie chirurgicale, M. Blandin s'est montré praticien fort habile dans les divers procédés de l'autoplastie et particulièrement pour remédier au bec-de-lièvre. M. Malgaigne a également inventé une nouvelle méthode opératoire pour le bec-de-lièvre.

Quant à M. Roux, son nom est à jamais attaché à cette belle et délicate opération, désignée sous le nom de *staphyloraphie*; il a montré jusqu'où peut aller l'art chirurgical dans ses applications les plus difficiles, et il en a été de même dans ce qui concerne les déchirures du périnée.

Depuis, on a proposé des modifications pour la staphyloraphie; ainsi M. A. Bérard a imaginé et exécuté le procédé qui consiste à porter les aiguilles d'avant en arrière à travers le voile du palais.

M. Velpeau s'est également livré à quelques essais en autoplastie; il a exposé en 1833 (*Gazette méd.*) le procédé qu'il a suivi pour oblitérer, à l'aide d'un bouchon formé des téguments voisins, pour oblitérer, dis-je, une ouverture des voies aériennes et faire ainsi une véritable bronchoplastie.

M. Blandin a eu l'ingénieuse idée de recourir à l'autoplastie dans le but de prévenir les récidives de certaines affections cancéreuses. Après avoir enlevé toute une portion des téguments envahie par la dégénérescence cancéreuse, il la remplace par une portion saine empruntée aux parties voisines. Il pense que la modification de nutrition qui en résulte peut empêcher le retour du mal. Postérieurement à la lecture de ce discours, M. Blandin et M. A. Bérard ont présenté à l'Académie des malades sur lesquels ils avaient pratiqué avec succès ce genre d'autoplastie.

M. Lallemand, de Montpellier, s'était aussi livré à quelques essais; il avait pratiqué avec succès l'autoplastie par déplacement du lambeau sans torsion du pédicule.

les voies naturelles ! C'est donc là une immense découverte, et ceux qui ont su y attacher leurs noms ont acquis des droits incontestables à la reconnaissance des hommes (1).

La place que doit occuper la *ténotomie* n'est pas encore définitivement assignée dans la science; néanmoins il est permis d'en espérer les résultats les plus avantageux. Delpech et Dupuytren en avaient donné la première idée; mais il a fallu que cette idée passât en pays étranger pour être d'abord fécondée et revenir ensuite parmi nous et devenir l'objet des applications les plus heureuses (2).

Ici se termine, messieurs, cette faible esquisse des progrès de la médecine et de la chirurgie dans ces dernières années. Nous n'avons pas osé prendre sur nous de désigner nominativement ceux de nos contemporains à

(1) M. Civiale a fait la première application de la lithotritie à l'homme vivant, au moyen d'un appareil instrumental et d'un procédé opératoire dont il avait, en 1818, fourni la première idée. (Voyez l'*Histoire des progrès des sciences naturelles*, par G. Cuvier, t. II, p. 328, et le rapport fait à l'Académie des sciences, 22 mars 1824.

En 1824, MM. Amussat et Leroy d'Étiolles présentent chacun un système différent pour opérer le broiement de la pierre; d'autres procédés sont inventés plus tard par MM. Heurteloup, Rigal, Gravaz et Tanchou.

En 1831, d'autres moyens encore sont imaginés par MM. Jacobson et Heurteloup. Les procédés de ce dernier ont une grande portée; ils facilitent la manœuvre de la lithotritie et agrandissent la sphère de son action. La lithotritie, dans les vingt dernières années, a réalisé tout ce qu'il était permis d'espérer, si même elle n'a pas dépassé les prévisions, tant sous le rapport des résultats cliniques que de la rapidité de sa propagation dans les différents pays.

Comme ouvrages publiés, il faut citer de M. Civiale : *De la lithotritie*, in-8°, pl., 1827. — *Lettres sur le même sujet*, de 1827 à 1837.— *Parallèle des divers moyens de traiter les calculeux*. Paris, 1836.

De M. Leroy d'Étiolles : *Exposé parallèle des divers procédés, etc.*, 1825-1836. — *De la lithotritie*, 1836. — *Histoire de la lithotritie*, 1839.

De M. Amussat : *Remarques sur l'urètre de l'homme et de la femme; Archiv.*, 1823. — *Table synopt. de la lithotritie*, 1832.

De M. Rigal : *De la destruction de la pierre*, 1829.

De M. Heurteloup : *Princip. of lithot.*, 1831. — *Memoire sur la lithot.*, 1832.

De M. Ségalas : *De la pietre et de la gravelle*, 1839.

De M. Tanchou : *Nouvelle méthode pour détruire la pierre dans la vessie sans opération sanglante*, 1830.

(2) J'ignorais complétement, je l'avoue, lorsque j'ai écrit ces lignes, la part importante que les médecins vétérinaires avaient prise théoriquement et pratiquement dans la question de la ténotomie; une remarque toute bienveillante de M. Bouley m'a mis sur la voie. J'ai pu

qui sont dus ces progrès, précisément parce que nous devions les mentionner publiquement dans cette enceinte; mais les noms de ces maîtres de l'art, de ces princes de la science, n'en auront pas moins été présents à la mémoire de chacun de nous; les noms étaient tellement inhérents

m'assurer que, longtemps avant nous, les médecins vétérinaires avaient connu et pratiqué avec succès la ténotomie. La priorité leur est certainement acquise. Une communication pleine d'intérêt faite à l'Académie de médecine de Bruxelles par M. Verheyen, médecin vétérinaire fort distingué (Voyez *Bull. de cette Acad.*, 1843 et 1844), a levé tous les doutes à cet égard.

M. Verheyen a prouvé par des documents authentiques que les sections musculaires et tendineuses sont d'un usage très ancien en chirurgie vétérinaire. Sans parler de Pline le naturaliste, qui la décrit comme en usage dès le premier siècle de l'ère chrétienne, à une époque plus rapprochée de nous (1664), Solleysel recommande la ténotomie dans trois circonstances principales : pour les chevaux droits sur leurs jambes, pour les chevaux bouletés, et pour prévenir la fluxion des yeux.

Au commencement de ce siècle, dit M. Verheyen (*loc. cit.*), les vétérinaires devancèrent positivement les chirurgiens dans l'application de la ténotomie; et ce sont surtout les vétérinaires français qui ont ainsi fondé la ténotomie et largement contribué à ses progrès.

Ajoutons avec M. Verheyen que le retentissement produit par les essais de Delpech n'ont pas été perdus pour les vétérinaires. Enfin, il n'y a pas jusqu'à la [illegible]logie même de l'opération qui n'appartienne à la médecine vétérinaire : c'est Chopin qui, le premier, a proposé le terme de *ténotomie* pour désigner les sections tendineuses. (*Recueil de médecine*, novembre 1835, p. 225.)

Maintenant, je reviens aux travaux des médecins.

Un mémoire de Stromayer, publié dans les *Archives de médecine* en 1834, avait appelé de nouveau l'attention des praticiens français sur la ténotomie; dès 1830, Dieffembach avait obtenu de nombreux succès dans les sections sous-cutanées des tendons et des muscles, et bientôt Stromayer en avait fait des applications au pied-bot. Delpech avait le premier inventé un procédé particulier pour la section du tendon d'Achille; ce procédé est repris en Allemagne, et Stromayer s'attache à le simplifier. Delpech avait proposé de faire deux incisions latérales en forme de longues boutonnières; Stromayer réduit les incisions aux dimensions strictement nécessaires pour le passage de l'instrument. Ces procédés reviennent en France et subissent de nouvelles modifications. Ainsi M. Bouvier supprime l'une des boutonnières, et diminue encore la seconde en se servant d'un ténotome spécial. M. Bouvier imagine en même temps le procédé qui consiste à glisser l'instrument sous la peau et à diviser le tendon de sa surface superficielle à sa face profonde. En 1835, M. Bouvier, de concert avec M. A. Bérard, fait des essais sur le cadavre; il coupe le tendon d'Achille, et s'assure que cette section permet de redresser immédiatement jusqu'à un certain point le pied-équin.

M. Duval, en 1835, pratique avec succès cette opération sur le vivant, et il est imité par M. Bouvier en 1836.

Dans une communication faite en 1837 à l'Académie, M. Bouvier propose la section

aux faits, que dire ceux-ci, c'est proclamer ceux-là (1). Notre dessein était ensuite de montrer, non l'étendue, la multiplicité de ces progrès, mais quel en avait été le *véritable caractère*.

Nous avons vu que la chirurgie a tenu ce qu'elle promettait dès le dernier siècle, que ses efforts ne se sont pas ralentis; mais la médecine, nous l'avons dit en commençant, avait à se constituer, elle avait à se mettre en progrès.

La médecine, telle que nous l'avait léguée les derniers siècles, en était encore, qu'on nous passe le terme, à l'état *théologique;* elle avait inscrit, sur les murs de nos amphithéâtres, qu'elle tenait ses principes, non de l'observation, mais *des Dieux!* Au lieu de chercher dans les rouages de l'organisme les causes accidentelles de ses perturbations, elle en appelait sans cesse à l'intervention divine; le το θειον, si souvent invoqué, était son *Deus ex machinâ*. En cela la médecine suivait les errements déjà par-

sous-cutanée des brides aponévrotiques; le premier dans notre pays il établit en principe l'utilité de la section du sterno-cléido-mastoïdien. (*Bulletin de l'Académie*, t. II, pag. 574.)

Dans le courant de la même année 1837, M. Duval fit la section des muscles du jarret: cette opération est répétée par M. Bouvier en 1838; le même praticien fait la section sous-cutanée du tendon des orteils, des adducteurs des cuisses, etc., etc.

C'est dans cette même année 1838 que M. J. Guérin entreprit ses travaux en ténotomie; car, dans son grand mémoire sur l'orthopédie, il n'est pas question de ténotomie. Dès son début dans cette nouvelle voie, M. Guérin s'avança de la manière la plus large; il pratique en peu de temps un grand nombre de sections tendineuses, et cela dans presque toutes les régions du corps; en peu d'années il fait paraître une série de mémoires où il traite de la myotomie appliquée au torticolis, à toutes les variétés du pied-bot, aux luxations congéniales du fémur, aux déviations latérales de l'épine, etc., etc.; l'un des premiers il répète en France l'opération du strabisme, imaginée par Stromayer et exécutée par Dieffembach; il se distingue surtout par une extension, que quelques uns ont regardée comme outrée, du principe de la ténotomie; mais par cela même il a été conduit à étendre le cercle de ses applications utiles. Il en a été de même pour l'emploi de la méthode sous-cutanée; il en a fait ressortir les avantages réels, et a été conduit à imaginer des procédés utiles pour la pratique.

Quant à la prétention de redresser par la myotomie les sujets atteints de gibbosité, nous n'en dirons rien ici; l'Académie n'a pu encore se prononcer à ce sujet; cette question sera sans doute ultérieurement jugée; mais *adhuc sub judice lis est.*

(1) Je n'ai pas été tenu à la même réserve dans ces notes; mais je n'ai pu que donner une indication sommaire et sans doute fort incomplète des travaux qui ont le plus contribué à l'avancement de la science; je n'avais pas, d'ailleurs, à exposer ici avec détails les travaux dus aux membres de l'Académie; c'eût été empiéter sur le travail que s'est réservé M. Pariset, et qu'il accomplira avec bien plus de talent et bien plus d'étendue que je n'aurais pu le faire ici.

courus par le autres sciences; c'est ainsi que la physique était restée à l'état théologique, jusqu'au moment où *Galilée* s'en vint la séculariser; la philosophie a dû sa sécularisation au génie de Descartes. Un ancien ministre de l'instruction publique, M. Cousin, a dû s'imposer de nos jours une semblable mission, puisque de nouveau on voulait faire de la philosophie la très humble servante de la théologie (*theologiæ ancilla*) (1).

La médecine, à son tour, a secoué ses vieilles entraves; de même que la chirurgie, elle ne reconnaît plus d'autre autorité que celle de l'observation et de l'expérience (2), et les institutions médicales dont la France est pourvue sont telles qu'il ne peut en résulter qu'une noble rivalité entre tous ceux qui cultivent ces sciences.

D'une part, en effet, des hommes habiles, des praticiens consommés, dirigent aux lits des malades tout un peuple d'élèves; ils les font assister pour ainsi dire à la récolte des faits pathologiques; les hôpitaux, constitués en vue de l'humanité et de la science, en sont comme la vaste officine; puis ces faits, discutés dans le sein de l'Académie, élucidés dans de savantes et lumineuses discussions, finissent par obtenir comme un droit de domicile dans la science; et quand ils ont reçu cette sanction définitive, ils sont enseignés par des professeurs éloquents dans le sein de nos Facultés, pour de là se répandre dans la pratique générale.

C'est ainsi que la médecine s'est trouvée définitivement en mesure de rivaliser avec la chirurgie, et que toutes les deux se sont enfin placées au rang des sciences qui font la force et l'honneur de l'esprit humain.

(1) Dans la mémorable discussion de la Chambre des pairs sur le projet de loi relatif à l'enseignement secondaire, M. Cousin, on le sait, a défendu avec un admirable talent et une rare fermeté les droits de l'Université. Quoique l'un des membres les plus infimes de l'Université, nous nous sommes fait un devoir de lui en témoigner ici toute notre reconnaissance.

(2) Non seulement la médecine ne connaît plus d'autre autorité que l'observation, mais elle suit aujourd'hui les vrais principes de l'observation et les méthodes les plus rigoureuses. Des ouvrages importants ont été publiés dans le seul but d'exposer les méthodes à suivre; on peut citer, d'une part, les *Principes de philosophie médicale* publiés par M. Bouillaud, et l'excellent mémoire de M. Louis sur la manière d'observer les malades et d'arriver aux faits généraux. (*Mémoires de la société d'observation*, 1844, t. II.)

MÉMOIRES

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

MÉMOIRES.

MÉMOIRE

SUR L'URÉTROPLASTIE,

PAR M. SÉGALAS.

Dans une lettre adressée à M. Dieffenbach (1), j'émets l'opinion que si l'autoplastie échoue le plus souvent dans son application à l'urètre, cela tient à l'extrême difficulté que l'on éprouve à empêcher le contact de l'urine avec les parties à réunir; et j'établis en principe que la première condition à remplir pour favoriser la réunion désirée, c'est de détourner temporairement l'urine de son cours naturel, en lui ouvrant une large issue au périnée, et en la faisant sortir par cette voie, à l'aide d'une sonde de gomme élastique.

A l'appui de ma manière de voir sur ce point de chirurgie, je rapporte avec ses détails, et en l'accompagnant de dessins pris

(1) Paris, 1840. In-8° de 48 pages, avec 3 planches.

à trois époques différentes, l'observation d'un malade chez lequel la portion de l'urètre intermédiaire au scrotum et au gland avait été détruite par la gangrène, et que j'ai eu le bonheur de guérir par l'application du principe dont il s'agit.

Une autre urétroplastie tentée l'année suivante par un habile chirurgien, M. le docteur Ricord(1), conformément à ce même principe, a été également couronnée d'un plein succès.

Une troisième occasion d'éprouver la nouvelle méthode s'est présentée : un homme affecté d'une fistule de la partie antérieure de l'urètre, avec une grande perte de substance, a réclamé mes soins. Je l'ai opéré devant une commission de l'Académie des sciences. Cette nouvelle urétroplastie a eu le résultat que j'en attendais : la guérison a été obtenue sans le moindre accident, sans le plus petit mouvement de fièvre.

D'abord, sous l'influence d'une sonde introduite dans la vessie par le périnée, les parties que je voulais réunir sont restées à l'abri du liquide sécrété par les reins, et l'autoplastie a réussi à l'urètre, comme elle réussit ailleurs; ensuite, de même que chez le malade dont j'ai rapporté l'histoire dans ma lettre à M. Dieffenbach, une fois que le canal a été restauré antérieurement, et qu'en arrière l'ouverture artificielle n'a plus été maintenue par le corps étranger, celle-ci n'a pas tardé à se fermer complétement.

Le travail qui suit se compose : 1° de la relation de ce que j'ai observé avant, pendant et après ce dernier traitement; 2° des réflexions qui m'ont été suggérées par ses différentes circonstances.

J'y joins trois dessins exécutés sous mes yeux, savoir : un premier, représentant l'état des parties avant toute opération; un deuxième, montrant leur aspect après l'établissement d'une sonde dans l'urètre; un troisième, indiquant les conditions de ces mêmes parties après la guérison.

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1843, T. VIII, pag. 738.

Qu'il me soit permis d'ajouter que ce travail et ma lettre à M. Dieffenbach ont été pris en considération par l'Académie des sciences, et qu'ils m'ont valu une part honorable dans les prix Montyon de 1841.

Vers la fin de juillet 1841, M. le docteur Delaunay me présenta un malade qui, privé d'une grande partie de la portion spongieuse de l'urètre, depuis près de vingt-quatre ans, lui semblait pouvoir retirer de bons effets de l'application de mon procédé d'urétroplastie. C'était un homme d'environ trente ans, né dans les Landes, et travaillant depuis quelque temps à Paris comme ouvrier bottier.

Il nous raconta qu'à l'âge de six ans il lui était arrivé, par étourderie d'enfant, de serrer la verge avec un fil de lin, et qu'une enflure étant survenue, il s'était trouvé dans l'impossibilité de défaire la ligature; que ses parents ayant eu connaissance de l'accident, avaient cherché à y remédier; qu'ils s'étaient empressés de couper le lien, mais que le mal était déjà fait; qu'à peu de jours de là, la gangrène existait dans les parties étreintes, et qu'à la chute des escarres, l'urètre s'était montré détruit dans une grande étendue. Il ajoutait qu'à partir de cette époque, l'émission des urines avait eu lieu constamment par la large ouverture qui était résultée de la perte de substance, et qu'à l'âge de puberté, et depuis, il en avait été de même de la sortie du sperme.

Nous examinâmes la partie affectée, et nous y reconnûmes l'état indiqué dans la 1re planche. La verge offrait une perte de substance qui intéressait l'urètre dans toute son épaisseur, et sur une longueur d'un pouce environ; et de plus, on y remarquait une cicatrice transversale et profonde tout autour des corps caverneux. La partie de l'urètre antérieure à la perte de substance était rétrécie, mais bien conservée d'ailleurs; un

stylet y pénétrait facilement; les urines elles-mêmes y passaient quand le malade, en ramenant la verge sur elle-même, établissait un rapport exact entre l'ouverture externe de la partie postérieure de l'urètre et l'orifice postérieur de la partie antérieure de ce canal. Du reste, la santé générale était fort bonne, et les conditions physiques et morales du malade me parurent être des plus favorables à l'opération que je voulais faire.

Je commençai par placer une petite sonde de gomme élastique dans toute l'étendue de l'urètre, comme l'indique la 2ᵉ planche; et, après quelques jours de son emploi, voyant que cet instrument était bien supporté, et que je pouvais décidément compter sur une volonté ferme de la part du malade de me seconder dans mes efforts pour arriver au but, je n'hésitai plus à faire ce que j'avais fait chez le sujet de ma première urétroplastrie, savoir, à ouvrir une large voie aux urines par le périnée, à y placer une sonde, à fendre le prépuce à sa partie supérieure, et à procéder ensuite à l'autoplastie, après m'être ainsi mis à l'abri de l'influence fâcheuse de l'urine, et m'être assuré plus de laxité dans les parties à rapprocher.

Mais, avant de rien entreprendre chez ce malade, je crus convenable de faire constater son état par des hommes faisant autorité dans la science, et je le présentai successivement à M. Breschet, M. Larrey, M. Magendie et M. Roux, qui tous l'examinèrent avec la plus grande attention; puis, d'après le conseil d'un de ces chirurgiens, je conduisis Ducasse à l'Académie des sciences, dans la séance du 26 juillet, et je demandai une commission pour le suivre dans son traitement. Le président, M. Serres, après avoir rappelé à l'Académie, avec une bienveillance dont je suis reconnaissant, que ma lettre à M. Dieffenbach, envoyée l'année précédente au concours Montyon, avait été prise en considération par les juges, et remise à une autre année, afin d'obtenir de nouveaux faits sur la question, me donna pour commissaires MM. le baron Larrey, Breschet et Magendie.

Deux de ces messieurs me déclarèrent, séance tenante, avoir une connaissance suffisante de l'état actuel des parties affectées, s'en référer entièrement à moi pour tout ce qui arriverait dans le cours du traitement, et n'avoir plus à constater par eux-mêmes que les conditions dans lesquelles je laisserais le malade. Le troisième commissaire, M. le professeur Breschet, eut la bonté de s'engager à observer de près l'opération que j'allais commencer, et sa promesse, il l'a tenue avec le zèle qu'on lui connaît pour la science.

Dès le lendemain, 27 juillet, j'incisai le prépuce à sa partie supérieure, dans le but de donner le plus de laxité possible aux parties à rapprocher. Cette précaution me parut être d'autant plus importante que le malade, comme le précédent, du reste, était affecté d'un phimosis, et que j'avais à craindre le tiraillement de la peau subjacente à l'urètre, pendant les érections qui pourraient succéder à l'autoplastie.

Cette petite opération ne provoqua aucune réaction, et réussit parfaitement : la réunion immédiate de la peau et de la membrane muqueuse correspondante eut lieu dans une grande étendue de la plaie; et la guérison de celle-ci était déjà avancée, quand, six jours après, le 2 août, je me présentai pour ouvrir aux urines une voie temporaire par le périnée.

C'était là ma seconde indication. Elle fut remplie sans trop de peine, avec l'assistance de MM. les docteurs Bossion, A.-H. Dubois, Lafont, Félix Legros et Édouard Louis. Un cathéter porté dans l'urètre servit de guide à mon bistouri pour pénétrer dans la portion membraneuse de ce canal, et une fois celui-ci assez largement ouvert, j'y engageai une sonde de gomme élastique, et la poussai tout aussitôt jusque dans la vessie; puis, transformant cette sonde en siphon, à l'aide d'un tube œsophagien, j'établis immédiatement un cours continu des urines par l'ouverture artificielle.

Le résultat de cette seconde opération fut la déviation complète des urines, et leur éloignement constant de la partie an-

térieure de l'urètre. Du reste, il n'y eut à la suite de cette opération, non plus qu'après la première, ni réaction ni mouvement fébrile. J'avais d'abord recommandé le repos absolu, la diète et l'usage abondant d'une boisson émulsive; peu à peu, le régime fut rendu moins sévère, et les boissons ne tardèrent pas à être variées suivant le goût du malade.

A quelques jours de là, la plaie du prépuce étant entièrement cicatrisée, celle du périnée n'étant le siége d'aucune douleur, la vessie supportant bien la sonde, le malade jouissant d'une santé générale parfaite, et n'ayant éprouvé aucune irritation des parties génitales, aucune érection, je crus le moment venu d'entreprendre l'urétroplastie.

En conséquence, le 18, en présence de M. Breschet, commissaire de l'Institut, de M. Lemazurier, correspondant de l'Académie royale de médecine, et des cinq médecins déjà nommés, je procédai à l'opération ainsi qu'il suit :

Je pratiquai sous la verge, en avant et en arrière de la perte de substance, et transversalement, deux incisions semi-elliptiques, se joignant de chaque côté sur les parties latérales des corps caverneux; puis je dénudai avec soin toute la surface circonscrite par ces deux incisions, et mettant en rapport les deux lèvres de la plaie qui était résultée de cette dissection, je les unis ensemble, à l'aide de six points de suture entortillée, dont un occupait le milieu, trois étaient à droite, et deux à gauche. J'avais eu l'idée de faire un troisième point de suture de ce dernier côté : l'observation d'un assistant, que le gonflement pourrait amener trop de compression entre les parties ainsi rapprochées, m'empêcha de réaliser mon projet, et je laissai entre les deux aiguilles dont il s'agit bien plus d'intervalle qu'entre celles du côté opposé. Je note cette circonstance, parce qu'elle me paraît avoir exercé une grande influence sur la durée du traitement, en s'opposant à la réunion immédiate dans l'espace indiqué.

J'avais eu la précaution d'établir une bougie dans les parties

moyenne et antérieure de l'urètre, en la faisant pénétrer par l'ouverture du périnée, passer sur le fond de la plaie et sortir par le méat urinaire; elle était destinée à servir de moule au nouveau conduit. Ce temps de l'opération eut lieu sans le moindre accident. Ainsi que nous l'espérions, le sang, assez abondant, que fournissait en avant et en arrière le tissu spongieux de l'urètre, se trouva arrêté sitôt que les deux parties du canal furent mises en contact; des compresses trempées dans de l'eau froide furent placées autour de la verge, le siphon fut mis en exercice, et le malade tenu au repos, à la diète absolue, et à l'usage d'une boisson émulsive.

Pendant trois jours et trois nuits, il n'y eut ni fièvre ni érection, et le quatrième jour, le samedi 21, M. Breschet trouva le malade en bonne voie de guérison : toutes les aiguilles étaient en place; aucune d'elles n'avait produit trop d'irritation; la réunion immédiate semblait s'être opérée partout, excepté à gauche, dans l'intervalle qui séparait la dernière aiguille de l'avant-dernière, intervalle où nous avons dit que les chairs avaient été rapprochées bien moins que partout ailleurs.

Il était trop tard pour changer cette condition; nous nous bornâmes à continuer les mêmes soins, et nous consentîmes à une légère alimentation.

Le mardi 24, je retirai les deux aiguilles extrêmes; le 25, au matin, les deux moyennes, et le soir, les deux dernières. Le lendemain, à la chute complète des fils, nous eûmes la confirmation de ce que nous avions pensé : la réunion avait eu lieu sur toute l'étendue de la plaie, excepté au point signalé à gauche, où il existait un certain écartement et une suppuration assez abondante. Il y avait, du reste, très peu de gonflement, et le malade, dont les fonctions n'avaient été troublées en aucune manière, assurait ne point éprouver de douleur. Il avait eu plusieurs fois des commencements d'érection; mais il s'en était toujours rendu maître, à l'aide des applications froides.

Quelques jours après, la fistule se rétrécit d'une manière no-

table et très rapide, et bientôt elle se trouva réduite à un pertuis à peine visible, par lequel s'opérait un léger suintement de pus et de mucus.

Le 8 septembre, je touchai ce pertuis avec du nitrate d'argent. Il sembla dès lors être complétement fermé. Mais la guérison n'était qu'apparente; l'escarre tombée, le suintement reparut. Il en fut de même après deux autres cautérisations.

Le 1^er^ octobre, je portai le nitrate d'argent dans l'intérieur de l'urètre, au niveau de l'ouverture fistuleuse. L'effet immédiat de cette cautérisation interne fut un écoulement abondant et par la fistule et par le méat. Toutefois, après quelques jours de repos, le 7, la fistule sembla de nouveau être fermée.

Je voulus m'assurer du fait. Le 9, en présence de M. Breschet, je fis une injection dans l'urètre; l'eau reflua en partie par le méat urinaire, et sortit en partie par l'ouverture périnéale; mais rien ne se montra au-dessous de la verge.

Je ne tardai pas cependant à m'apercevoir que la guérison était imparfaite. Sous l'influence d'une nouvelle injection, la fistule se rouvrit et laissa échapper quelques gouttes d'eau. Tout aussitôt je touchai le point fistuleux avec un pinceau très fin trempé dans de la teinture éthérée de cantharides.

Cette substance détermina une vésication de l'étendue à peu près d'une pièce de 25 centimes; et, pendant quelques jours, la suppuration par cette surface et le suintement de la fistule furent très abondants. Peu à peu, la petite plaie guérit, les tissus revinrent sur eux-mêmes; mais la fistule persista.

Le 26, après plusieurs jours passés sans rien faire, je la cautérisai avec l'extrémité d'un stylet de fer chauffé à la flamme d'une chandelle. L'escarre sèche qui résulta de cette opération mit obstacle au suintement pendant quelques jours; mais, à sa chute, celui-ci se montra de nouveau. Néanmoins l'ouverture fistuleuse semblait s'être encore rapetissée; ce n'était plus guère qu'un point à peine perceptible.

J'avais, dès le 28, enlevé la sonde du périnée, et je l'avai

remplacée par une autre sonde de gomme élastique, de moyen calibre, dirigée dans la vessie par le méat urinaire. L'émission de l'urine se faisait par cette nouvelle sonde, qui était habituellement fermée, et que le malade débouchait seulement lors des besoins d'uriner. La bougie, qui, passant par le méat urinaire et par l'ouverture périnéale, avait occupé l'urètre dans le cours du traitement, y fut conservée, afin d'empêcher l'occlusion complète de cette ouverture périnéale, et de me ménager par là la faculté de l'utiliser encore, s'il y avait lieu.

Quelques jours après la chute de l'escarre produite par la cautérisation ignée, le 7 novembre, la fistule de la verge parut être de nouveau tout-à-fait fermée; ses bords n'avaient plus l'aspect luisant qu'ils avaient conservé jusque là; ils avaient revêtu celui de la peau saine. On n'apercevait aucun suintement.

J'enlevai la sonde et j'engageai le malade à uriner naturellement. Cette première épreuve fut suivie de l'écoulement d'une goutte d'urine par le point fistuleux. Néanmoins le malade fut laissé sans sonde; il continua d'uriner par le canal.

Pendant trois jours, il ne sortit point d'urine par l'ouverture anormale, et le 10, au matin, j'étais sur le point de déclarer la guérison réelle; mais, le soir même, l'urine se montra sous la verge.

Ce fut un motif pour moi de cautériser de nouveau la fistule avec un stylet rougi au feu, et de repasser par la plaie du périnée une sonde dans la vessie.

Malgré ces soins, lorsque, le 18, le malade voulut uriner par le canal, un peu d'urine se fit jour par le pertuis. Il y avait cependant une amélioration sensible dans son état, en ce sens que les tissus environnant l'ouverture fistuleuse avaient acquis plus de consistance et de solidité.

Le 20, je mis une épingle sur le pertuis, après en avoir rendu les bords saignants avec la pointe d'une lancette, et je replaçai la sonde du périnée.

Deux jours après, le 22, il ne s'était fait aucun suintement

sous la verge; le fil qui entourait l'épingle était parfaitement sec, et il n'y avait nulle apparence d'inflammation. Le malade avait eu quelques commencements d'érection; mais il lui avait suffi de se découvrir pour les faire cesser.

Le 23, j'ôtai l'épingle; le fil tomba le 24. Aucun suintement n'avait eu lieu; l'adhérence paraissait complète.

Le 26, je retirai la sonde du périnée, et le malade urina par la verge sans qu'il s'échappât une goutte d'urine par le point où existait la fistule.

Le 28, la guérison paraissant se confirmer, je portai le nitrate d'argent sur l'ouverture du périnée, déjà fort rétrécie par le seul travail de la nature. Six jours plus tard, cette ouverture était complétement fermée; le malade continuait à uriner à l'aide d'une sonde; rien ne sortait par le siége de la fistule.

Le 7 décembre, je présentai Ducasse à la Société médicale du Temple, et là il fut soumis à l'examen particulier d'un bon nombre de mes collègues. Il offrait toutes les apparences d'une guérison parfaite.

Toutefois, à peu de jours de là, l'excrétion de l'urine sans sonde avait suffi pour rendre la fistule apparente. C'est un fait que je constatai le 12. Tout aussitôt j'appliquai sur l'ouverture, à peine grande comme le point lacrymal, un stylet chauffé à l'eau bouillante. Le suintement cessa à l'instant, et ne reparut plus que le 23. Je le combattis alors par l'application du même stylet rougi au feu. L'occlusion fut immédiate, et dura cette fois plus longtemps.

Le 15 janvier, le malade me déclara avoir remarqué un léger suintement pendant des efforts faits pour aller à la garde-robe. On ne voyait point d'ouverture; mais je m'assurai qu'il en existait une, en faisant uriner le malade sans sonde : après l'excrétion, je trouvai une goutte d'urine sur la cicatrice, et je finis par découvrir une ouverture grande tout au plus comme la pointe d'une aiguille.

J'y appliquai pour la seconde fois un bouton de stylet rougi au feu.

Le suintement ne se montra plus que trois semaines après, le 5 février, à la suite de l'excrétion naturelle de l'urine. Alors, profitant de la présence d'un de mes honorables confrères, M. le docteur Berton, je circonscrivis la désespérante et microscopique ouverture par deux incisions semi-elliptiques, ayant chacune à peu près 1 centimètre d'étendue, et intéressant la peau dans toute son épaisseur; je dénudai tout l'espace intermédiaire à ces deux incisions, et j'appliquai un point de suture entortillée sur les deux lèvres opposées de la petite plaie. Celle-ci se réunit immédiatement en partie, et suppura en partie. Cependant la cicatrisation ne se fit pas attendre, et la guérison de la fistule parut enfin être définitive. Depuis elle ne s'est pas démentie, quoique le malade ait uriné plusieurs fois naturellement, et qu'il se soit livré sans relâche au travail pénible de son état de bottier.

Je lui ai expressément recommandé de persister encore pendant quelque temps dans l'usage habituel de la sonde pour vider la vessie.

Le pénis est dans l'état indiqué par la 3e planche (1).

Outre MM. les commissaires de l'Institut, outre les médecins et chirurgiens qui ont bien voulu m'assister dans les différents temps de mon opération, un bon nombre de praticiens ont suivi ce traitement. Je citerai, entre autres personnes qui ont pris assez d'intérêt au fait pour visiter le malade, M. le docteur Deslandes, et un des membres les plus considérés de l'Académie royale de médecine, M. Nacquart.

(1) J'écrivais ceci à la fin de mars 1842. La cicatrice n'a fait que se consolider depuis cette époque. J'ai toujours cet homme sous les yeux : aujourd'hui, 13 juillet 1844, la guérison est parfaite.

Je joindrai quelques réflexions à ce fait.

Je dirai d'abord que, venant en troisième lieu, il confirme en tous points ce que ma première urétroplastie et celle plus récente de M. Ricord ont montré, savoir, qu'en ménageant une voie facile aux urines par le périnée, on soustrait la partie antérieure de l'urètre à l'influence évidemment séparatrice de l'urine, et que par là on met cette partie dans des conditions favorables à la réunion désirée.

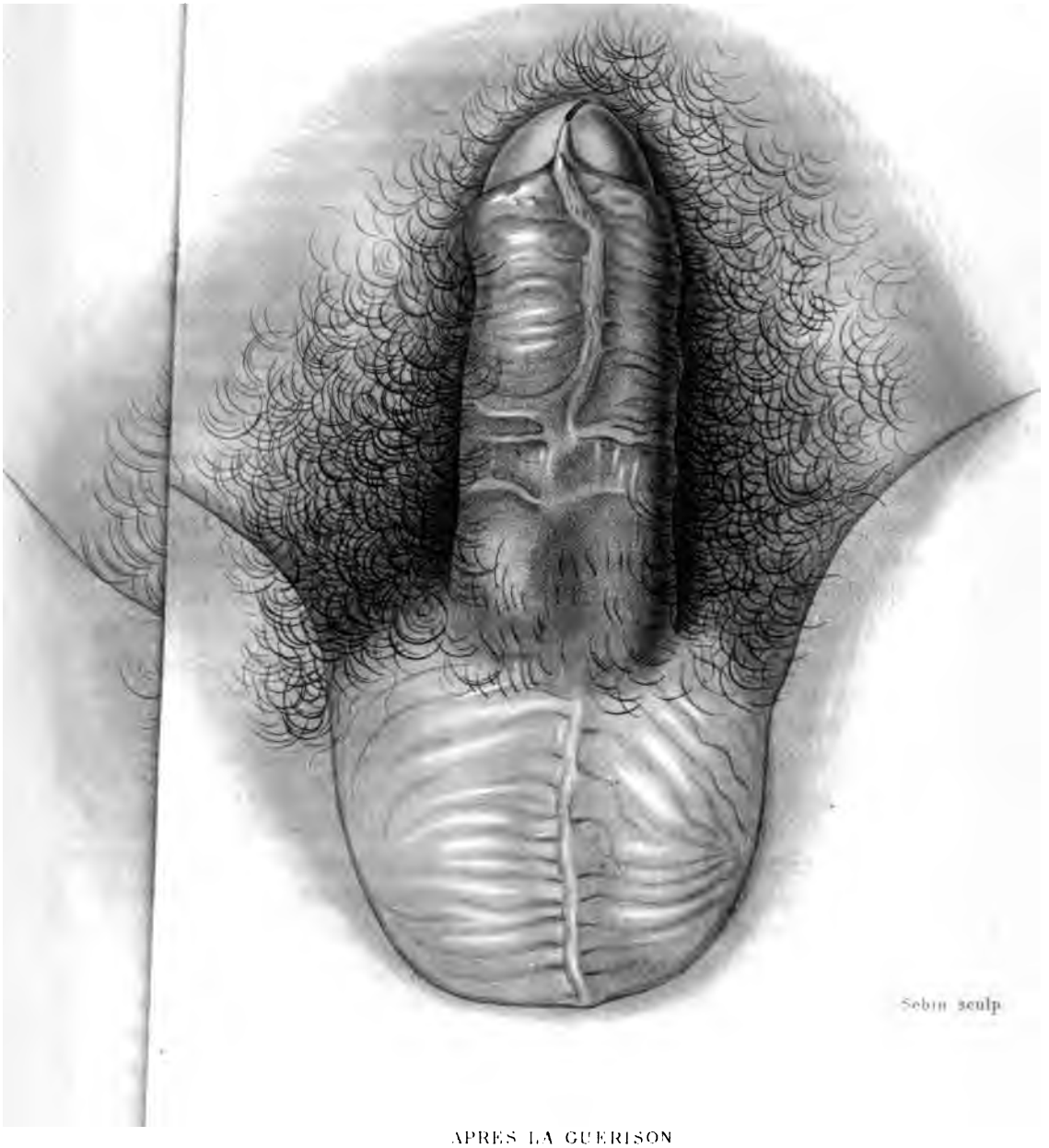
Je ferai remarquer ensuite que, de même que dans ma première observation, l'autoplastie a eu pour résultat immédiat la réunion des parties dans la plus grande portion de l'étendue de la plaie, et que, pour obtenir le complément de la guérison, il a fallu beaucoup de temps et de petits soins locaux.

Chez le premier malade, le défaut de réunion immédiate se faisait remarquer vers le milieu de la plaie, à un point où les parties rapprochées avaient beaucoup de tendance à s'écarter l'une de l'autre, et dans lequel les aiguilles ne purent les maintenir en contact prolongé.

Chez le second malade, ce défaut d'union a été observé vers l'extrémité gauche de la plaie, à un endroit où, cédant à un conseil du moment, et dans le but d'éviter une très forte compression, j'avais laissé entre les aiguilles plus d'espace que partout ailleurs, et opéré par suite un rapprochement moins complet des parties saignantes.

Aussi j'estime qu'en pareille occurrence il conviendrait de rapprocher les lèvres de la plaie de manière à en obtenir le contact général, et de les maintenir dans cette position par des aiguilles suffisamment nombreuses et méthodiquement serrées.

J'ajouterai que, dans tout le cours du traitement, il n'y a pas eu la moindre réaction, et que cette circonstance, qui semble établir, sinon l'innocuité absolue de l'urétroplastie, au moins son peu de danger, pourrait tenir en partie à la précaution que j'ai eue de diviser l'opération en trois temps, savoir : un premier temps pour l'incision du prépuce; un deuxième temps, huit jours



APRES LA GUERISON

plus tard, pour l'établissement d'une sonde au périnée; un troisième temps pour le rafraîchissement, la confrontation et l'union, par des points de suture, des parties antérieure et postérieure de l'urètre.

Je dois aussi faire observer que la fistule du périnée s'est fermée presque aussitôt après que la sonde qui la maintenait ouverte a été retirée; c'est à peine si je l'ai touchée une fois avec le nitrate d'argent, et s'il y a eu un intervalle de huit jours entre la guérison et le retrait de l'instrument.

Déjà, dans ma lettre à M. Dieffenbach, après avoir analysé les publications de ce professeur sur les fistules de la partie antérieure de l'urètre, et avoir exposé avec détails ses différents procédés d'urétroplastie, je m'exprimais ainsi :

« Maintenant qu'il est établi, je crois, que l'opération dont » j'ai eu l'honneur de vous entretenir diffère de celles que vous » avez pratiquées et de celles que vous vous propqsez d'em- » ployer, permettez-moi de vous faire remarquer que le résultat » auquel je suis parvenu est de nature à dissiper vos craintes » sur la contre-ouverture qui constitue le principal caractère » de mon procédé. En effet, la sonde du périnée est restée en » place près de huit mois consécutifs, et cependant la fistule qui » lui livrait passage a été assez prompte à se fermer. C'est pres- » que une garantie qu'il en sera de même dans tous les cas d'in- » cision faite à l'urètre derrière le scrotum, si l'on a la précau- » tion que j'ai prise de convertir en siphon, à l'aide d'un tube » œsophagien, la sonde introduite dans la voie naturelle, et » d'exciter méthodiquement les parois de l'ouverture artificielle » avec le nitrate d'argent ou la teinture de cantharides. » (Page 45.)

Le fait que je viens d'observer et celui qui a été publié par M. Ricord l'année dernière ne laissent plus de doute sur la question dont il s'agit.

Je terminerai par de courtes considérations relatives à la priorité.

Le procédé d'urétroplastie que j'ai mis en usage, et qui a pour caractère l'éloignement temporaire de l'urine de sa voie naturelle, à l'aide d'une sonde portée dans la vessie par le périnée, afin de soustraire au contact de ce liquide la plaie de la partie antérieure de l'urètre, m'appartient-il réellement, ou bien en serais-je redevable à M. Viguerie, à M. Dieffenbach ou à M. Ricord, comme ce dernier m'a semblé le donner à entendre dans une lettre écrite le 10 mars au rédacteur de la *Gazette des hôpitaux?*

M. Ricord a fait son opération d'urétroplastie quelque temps après la publication de ma lettre à M. Dieffenbach, *et cette brochure à la main,* suivant point par point la pratique que j'avais tracée, les principes que j'avais établis. Il a le premier, à ma connaissance, ouvert avec l'instrument tranchant une voie aux urines par le périnée, en vue de l'urétroplastie; mais, à moins de soutenir que la boutonnière, pour atteindre, par un périnée à l'état normal, un urètre dans lequel un cathéter pénètre librement, est une opération d'un ordre plus élevé que celle qui consiste à arriver à ce canal, obstrué par des rétrécissements et labouré par des fausses routes, à travers une masse de chairs enflammées, constituant derrière le scrotum un labyrinthe de fistules, où des chirurgiens du premier mérite s'étaient constamment égarés, l'avantage de M. Ricord, dans cette circonstance, se réduit à avoir fait facilement, après moi, et sur mes indications, ce que j'avais fait très péniblement, avant lui, et sans aucun précédent de même nature. (Voir dans la *Gazette des hôpitaux*, 1842, ma lettre du 16 février, et celle de M. Ricord, du 10 mars.)

M. Dieffenbach a bien eu l'idée d'ouvrir aux urines une voie par le périnée, pour favoriser la guérison des fistules de la partie antérieure de l'urètre; mais il l'a tout aussitôt abandonnée, et la contre-ouverture dont il s'agit, il ne l'a jamais pratiquée; il a craint d'établir une nouvelle fistule difficile à fermer. Voici comment il s'exprime à ce sujet dans un mémoire

intitulé : *Sur quelques nouvelles méthodes pour obtenir la guérison des ouvertures contre nature à l'extrémité antérieure et libre de l'urètre chez l'homme* (*Gazette méd.*, 17 octobre 1836) :

« Aucune de ces précautions n'étant capable d'empêcher l'in-
» filtration lente, cachée, insensible, de l'urine, reconnaissable
» seulement aux suites fâcheuses auxquelles elle donnait con-
» stamment naissance, et cet accident étant la cause principale,
» presque unique, de la non-réussite de mes opérations, je son-
» geais depuis longtemps à trouver un moyen de la combattre
» avec efficacité. J'avais d'abord pensé, ainsi que je l'ai dit dans
» un autre ouvrage, qu'en pratiquant à distance et en arrière
» de la fistule, à un endroit plus rapproché de la vessie, une
» contre-ouverture, on pourrait, au moyen d'une sonde intro-
» duite par cette dernière, empêcher l'urine d'arriver jusqu'à l'o-
» rifice fistuleux, et ainsi opérer avec plus de sécurité. Lors de
» de mon séjour à Paris, j'appris, non sans un vif intérêt, qu'un
» médecin, dont j'ignore le nom, avait eu récemment la même
» idée que j'avais émise il y a plus de sept ans. Je ne sais si ce
» médecin l'a réalisée dans la pratique, ni s'il en a obtenu quel-
» que succès; j'ai compulsé les recueils périodiques et autres
» publiés récemment en France, et ils n'ont rien pu m'apprendre
» à cet égard. Pour mon compte, *je n'ai jamais mis mon projet*
» *à exécution.* N'ayant pu, dans plusieurs circonstances, réussir
» à fermer des ouvertures fistuleuses, même petites, je craignis
» que, la perte de substance antérieure une fois guérie, la contre-
» ouverture elle-même ne se changeât en une fistule dont on
» n'aurait pas si bon marché, et mes craintes étaient d'autant
» plus fondées qu'il aurait fallu laissèr la sonde longtemps à de-
» meure dans cette seconde ouverture; *je renonçai donc à ce*
» *mode de dérivation de l'urine.* »

Pour ce qui est de M. Viguerie, voici ses observations telles qu'elles sont rapportées à la page 203 de la *Gazette médicale* de Paris, 1834 :

« Un malade affecté de nombreuses fistules urinaires s'étant

» laissé tomber un fragment de sonde dans la vessie, M. Vi-
» guerie père, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse,
» pratiqua la taille périnale. Les urines coulèrent par la plaie
» durant quarante jours; après ce temps, elles reprirent leur
» cours par l'urètre; les fistules s'étaient guéries spontanément.

» Cette cure, due au hasard, fit penser à M. Viguerie que la
» boutonnière pourrait être une ressource dans quelques cas de
» fistules opiniâtres; depuis lors, il l'a essayée deux fois. Le
» sujet de son premier essai portait, depuis deux ans, des fis-
» tules urinaires rebelles à l'emploi des sondes. La boutonnière
» faite, l'urine passa entièrement par la plaie. Trois semaines
» après, elle reprit son cours par l'urètre; les fistules se guéri-
» rent; mais la plaie elle-même fut sept mois à se cicatriser. Le
» second opéré est encore en traitement à l'hôpital. Il est besoin,
» comme on voit, de nouveaux faits pour porter un jugement
» sur cette opération; toutefois il s'agit d'une affection souvent
» si rebelle, qu'on ne peut voir les tentatives de M. Viguerie
» qu'avec faveur. »

Rien ne prouve que, chez les malades de M. Viguerie, les fistules eussent leur siége à la partie antérieure de l'urètre; tout semble annoncer, au contraire, que les ouvertures morbides étaient placées dans la région même où le bistouri a été porté, et que le chirurgien de Toulouse a fait dans ce cas ce que d'autres praticiens, M. Jules Cloquet entre autres, avaient fait avant lui.

Remarquez ensuite qu'il s'agit ici d'une simple boutonnière faite au périnée, et qu'il n'est aucunement question d'une sonde portée par cette boutonnière dans la vessie: or, c'est là une condition essentielle pour que la totalité de l'urine passe constamment par l'ouverture artificielle, pour qu'il n'arrive pas une goutte de ce liquide sur les parties que l'on cherche à réunir.

Voici du reste ce que M. le professeur Auguste Bérard, qui, dans une lettre en réponse à la mienne du 16 février, rappelle ces faits, dit ensuite à leur égard :

« Néanmoins, comme un simple fait ou un résultat fortuit » ne suffit point à mes yeux pour établir une découverte, et » qu'il y a loin de l'opération de M. Viguerie à l'incision du » périnée, instituée dans le but de détourner l'urine, afin d'as- » surer le succès des avivements, autoplasties et sutures des fis- » tules urinaires, je me plais à reconnaître que vous avez, avant » M. Ricord, apprécié tous les avantages de cette méthode, et » que, *par votre pratique et vos écrits, vous vous en êtes constitué* » *l'inventeur.* » (*Gazette des hôpitaux*, 22 février.)

Une explication me paraît encore nécessaire. Dans ma lettre à M. Dieffenbach, à la page 46, je m'exprimais ainsi :

« Voulez-vous avoir la mesure de ma confiance dans la contre- » ouverture et la sonde-siphon? Je prends le parti de les mettre » en pratique chez un enfant de onze ans, affecté d'un hypospa- » dias tel que, jusqu'à l'examen que j'en ai fait tout dernière- » ment, il a été considéré, habillé et élevé comme une fille; et » pourtant je ne perds pas de vue que, sur trois hypospadias » que vous avez traités par l'avivement et la suture entortillée, » deux l'ont été sans aucun succès; et pourtant je ne me dissi- » mule pas que les conditions anatomiques des parties séparées » et de celles que je dois diviser sont chez mon jeune, trop » jeune sujet, très peu favorables à l'opération que je vais » tenter. »

Pour les personnes qui ont lu ce dernier passage, et pour celles qui pourraient le lire, je saisis l'occasion de déclarer que je n'ai pas opéré l'enfant dont je parle, et qu'en conséquence on ne peut arguer de son exemple ni pour ni contre l'urétro- plastie : les parents de cet enfant, auxquels j'ai fait connaître toutes les chances de l'essai que j'allais faire, ont reculé devant elles, et dès lors toute tentative de guérison a été indéfiniment ajournée.

MÉMOIRE

SUR LES DEUX MALADIES

CONNUES SOUS LE NOM

D'APOPLEXIE MÉNINGÉE;

PAR LE DOCTEUR R. PRUS,

Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière.

Comparaison de l'hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde, et de l'hémorrhagie dans la cavité sous-arachnoïdienne.

Les maladies des membranes séreuses jouent un grand rôle dans la pathologie de la vieillesse. Il semble que, chez le vieillard, la diminution de la perspiration cutanée détermine sur les séreuses, comme sur la muqueuse pulmonaire, une exhalation plus abondante, et fréquemment aussi un afflux sanguin qui les prédispose aux phlegmasies et aux hémorrhagies. Ces phlegmasies doivent d'autant plus appeler l'attention du praticien que, souvent, elles marchent d'une manière latente et peuvent devenir funestes en très peu de jours. Ceci s'applique plus particulièrement aux péricardites et aux méningites des vieillards dont l'hydrocéphale aiguë n'est souvent qu'une suite pour ainsi

dire nécessaire. Dans un prochain mémoire je m'occuperai de ce sujet aussi important que peu connu.

Les hémorrhagies des séreuses, quoique moins fréquentes chez le vieillard que leur inflammation, sont cependant loin d'être rares. Je les ai observées dans la péritoine, dans la plèvre, dans le péricarde, dans l'arachnoïde cérébrale et rachidienne, dans les ventricules cérébraux; enfin, dans la cavité sous-arachnoïdienne. Les hémorrhagies dans la cavité arachnoïdienne, dans le tissu cellulo-vasculaire de la pie-mère, hémorrhagies connues sous le nom d'*apoplexie méningée*, vont seules m'occuper aujourd'hui.

Quoique cette maladie n'ait pris un nom particulier dans la science que depuis 1819, c'est-à-dire depuis le moment où M. Serres (1) a distingué l'hémorrhagie des enveloppes séreuses du cerveau d'avec celle du parenchyme de cet organe, il est certain que Morgagni en avait observé presque toutes les variétés principales. Il a vu, en effet, du sang épanché, à l'état liquide ou en caillots, dans la cavité de l'arachnoïde, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans les ventricules cérébraux avec ou sans communication dans la cavité spinale.

Trois de ses observations me paraissent devoir être rapportées ici.

Dans la première (2), il s'agit d'un vieillard de cinquante-huit ans, d'une bonne constitution, qui, faisant un mouvement pour nouer ses chaussures, tomba tout-à-coup à terre, sans proférer une parole, sans exécuter un mouvement. La face, d'abord pâle, jaunit ensuite pour redevenir pâle. Quelques gouttes de salive s'échappèrent de la bouche; le malade mourut dans l'espace d'une heure.

A l'autopsie, on ne trouva rien, ni dans l'abdomen, ni dans la poitrine: il n'en fut pas de même de la cavité crânienne. Dans la partie correspondante au lobe antérieur du cerveau, des

(1) *Annuaire des Hôpitaux civils*. Paris, 1819, in-4 avec figures.
(2) *Deuxième lettre sur les maladies de la tête*, § XIX.

deux côtés, mais particulièrement du côté droit, on trouva, sous l'arachnoïde viscérale, une quantité considérable de sang en caillots. Les deux ventricules latéraux contenaient aussi un peu de sang liquide, dans lequel on apercevait quelques grumeaux.

La rapidité des accidents et de la mort, la grande quantité de sang épanché, donneraient à penser qu'il devait exister une rupture de vaisseau. Morgagni n'en a cependant trouvé aucune.

La seconde observation est plus remarquable encore, en ce que le malade a survécu pendant huit jours à une déchirure de la carotide.

Un jeune domestique, âgé de vingt-deux ans, d'un esprit distingué, d'une brillante santé, suit en courant, et par un temps de neige, la voiture de son maître; couvert de sueur il ne prend aucune précaution. Le lendemain en sortant du lit il perd connaissance et fait successivement trois chutes. Relevé, il se plaint d'une grande douleur de tête, principalement vers l'occiput. Bientôt il est pris de fièvre et accuse de la lassitude et du malaise. Le lendemain, des pilules de Galien déterminent quelques selles. Le troisième jour une saignée est pratiquée, mais en vain. La maladie s'aggrave, et le jeune homme tombe dans le coma. Le cinquième jour, des ventouses sont appliquées sur les épaules. Le huitième jour, le malade est pris tout-à-coup d'aphonie, et pendant une heure il reste immobile comme un homme frappé d'apoplexie; mais ensuite la douleur occipitale augmente en se répandant avec une grande intensité dans toute la longueur de l'épine. Le neuvième jour on pratique une nouvelle saignée du bras qui est suivie d'une rémission, laquelle n'est pas de longue durée; car, sous l'influence d'une nouvelle et plus forte apoplexie, le malade succombe.

La moelle épinière, à sa sortie du crâne, était entourée d'une couche de caillots sanguins provenant de la déchirure du tronc de la carotide interne. Les ventricules cérébraux contenaient

en outre, au milieu d'une grande quantité de sérosité, légèrement salée, un certain nombre de caillots.

N'est-il pas bien remarquable que le sang, s'échappant par une rupture du tronc de la carotide, n'ait pas déterminé une compression subitement mortelle? On ne peut guère douter, quand on lit attentivement les détails de ce fait, que le sang épanché a été fourni, à plusieurs reprises, par un vaisseau rompu. Il est à regretter que Morgagni, qui, d'ailleurs, ne paraît jamais avoir ouvert la colonne vertébrale, n'ait pas examiné si du sang ne s'était pas répandu dans la cavité sous-arachnoïdienne du rachis, et si les conditions de ce sang n'établissaient pas que c'est au moment où il a pénétré dans la cavité spinale qu'une douleur vive s'est fait sentir le long de la colonne vertébrale.

Je dois encore faire remarquer que, dans la première observation, où du sang en quantité considérable existait sur une partie limitée du cerveau, et exerçait, surtout à droite, une compression marquée, Morgagni ne signale aucun symptôme d'hémiplégie. Dans la deuxième, où il s'agit d'un épanchement sanguin, dû à la déchirure d'un gros vaisseau, on est également étonné de la non-existence d'une paralysie du mouvement et du sentiment. Notons que, dans ces deux cas, le siége de l'épanchement sanguin était la cavité sous-arachnoïdienne. Nous verrons, dans le cours de ce mémoire, jusqu'à quel point cette circonstance s'oppose à la production d'une hémiplégie.

La troisième observation a pour sujet un vieillard de soixante-dix ans, qui tomba tout-à-coup frappé d'une paralysie du mouvement et du sentiment du côté gauche, tandis que les membres droits étaient agités de mouvements convulsifs. La face était rouge. Le malade mourut dans la journée.

Lorsqu'on ouvrit la tête, on trouva du sang en caillots répandu, dit Morgagni, entre la dure-mère et le lobe postérieur droit du cerveau; de la sérosité présentant un aspect gélatineux existait au milieu du tissu cellulo-vasculaire de la pie-mère,

dont l'incision donna lieu à l'écoulement d'un peu de sérosité.

Il est évident, par cette description de Morgagni, que le siége de l'épanchement sanguin était dans la cavité de l'arachnoïde, à droite. Une hémiplégie a existé du côté gauche.

Morgagni a signalé la dépression du cerveau par des caillots sanguins formés à sa surface : il a vu (1) un reste de pseudo-membrane adhérent à l'arachnoïde pariétale, et qui était probablement le débris d'un kyste ayant renfermé du sang alors épanché dans l'arachnoïde et résorbé depuis. Il savait enfin qu'un liquide existant dans la cavité spinale peut se répandre dans la cavité cérébrale, et réciproquement. Il cite comme exemple remarquable du premier cas le fait rapporté par Boerhaave (2) d'un individu qui, paraplégique par suite d'une compression de la moelle, due à une accumulation de sang, devint apoplectique quand ce liquide fut assez abondant pour refluer vers l'encéphale et comprimer le cerveau.

Morgagni, comme on le voit, avait poussé bien loin l'étude de l'apoplexie méningée, et cependant ses travaux restèrent stériles et comme inaperçus pendant près d'un siècle.

Ce n'est qu'à partir de la publication du mémoire de M. Serres que l'attention des médecins a été appelée de nouveau sur cette maladie. Depuis cette époque MM. Rostan, Calmeil (3), Blandin, Abercrombie, Ménière, Andral, Velpeau, Longet et Baillarger, ont publié des observations intéressantes. Cependant M. Rochoux, qu'il faut toujours citer quand il s'agit des progrès de l'étude des apoplexies, n'a pas trouvé dans le petit nombre des faits publiés avant la seconde édition de son ouvrage les éléments nécessaires pour faire une description utile de cette maladie. Tel était l'état de la science, lorsqu'un ancien interne de Bicêtre et de la Salpêtrière, M. le docteur Ernest Boudet, publia en 1840 une bonne monographie sur ce sujet. En compa-

(1) *Cinquante-deuxième lettre sur les maladies de la tête*, § VIII.
(2) *Prælect. ad Inst.*, § CDI, tome III, page 395.
(3) *De la paralysie considérée chez les aliénés*. Paris, 1826, in-8.

rant entre elles les quarante et une observations qu'il a pu réunir, et parmi lesquelles plusieurs lui appartiennent, il s'est efforcé de déterminer, autant que possible, les causes, les symptômes, la marche et la terminaison de cette redoutable affection. Étudiant avec beaucoup de soin les lésions anatomiques, M. E. Boudet a pleinement confirmé la remarque faite par M. Baillarger, à savoir, que les caillots hémorrhagiques qu'on trouve appliqués sur l'arachnoïde pariétale ne sont pas, comme beaucoup d'anatomistes l'avaient pensé, déposés entre la dure-mère et l'arachnoïde. Ce qui a donné lieu à l'erreur, c'est que les caillots sont enveloppés par une pseudo-membrane qu'on a prise à tort pour la séreuse.

Malgré le mérite incontestable du travail de M. Boudet, qui a beaucoup fait pour jeter la lumière sur ce point de la science, de nouveaux efforts doivent être tentés pour établir le diagnostic différentiel de cette maladie et pour en rendre le traitement plus utile.

Si les observations que je possède ne conduisent pas à ce double but, bien difficile à atteindre, j'espère, au moins, qu'elles contribueront à préparer la voie.

Je m'occuperai successivement de l'hémorrhagie dans la cavité sous-arachnoïdienne et de celle dans la cavité même de l'arachnoïde.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Battements du cœur étendus et forts; œdème des extrémités inférieures; embarras croissant de la circulation; prostration sans aucune paralysie du mouvement ni du sentiment; somnolence, coma, mort. — Hémorrhagie entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Leroy, âgé de quatre-vingts ans, d'une taille élevée, d'une bonne constitution, a exercé la profession de traiteur. Admis à Bicêtre le 18 décembre 1832, il entra à l'infirmerie le 25 du même mois.

L'étendue des battements du cœur, l'impulsion violente de cet organe, la gêne habituelle de la circulation, l'œdème des extrémités inférieures annonçaient une dilatation des cavités du cœur, et spécialement du ventricule gauche; il n'y avait, d'ailleurs, aucun bruit anormal. Malgré une application de sangsues à l'anus, malgré l'emploi des préparations de digitale, la circulation et la respiration s'embarrassent de plus en plus. Le pouls devient à peine perceptible; la prostration est extrême, mais aucun symptôme ne peut faire soupçonner une altération de l'encéphale, sauf peut-être une très légère difficulté dans la parole et, pendant les dernières quarante-huit heures, une somnolence suivie de coma.

Leroy mourut le 3 janvier au matin.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures plus tard. Pas de roideur cadavérique; plus d'infiltration séreuse des extrémités inférieures.

A peine la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde sont-ils incisés qu'on voit s'écouler une grande quantité de sérosité. Entre l'arachnoïde viscérale qui recouvre l'extrémité du lobe postérieur droit, et la pie-mère correspondante, existe un caillot récent, de couleur noirâtre, présentant une étendue longitudinale et transversale de 6 centimètres, sur une épaisseur de plus de 1 centimètre. La substance cérébrale comprimée n'offre aucune altération. Il est impossible de constater la rupture d'aucun vaisseau artériel ou veineux. Le cerveau et le cervelet sont sains. Les ventricules latéraux et la cavité sous-arachnoïdienne contiennent environ 90 grammes de sérosité limpide.

Les poumons sont dans l'état normal. Les plèvres, qui n'offrent que de légères adhérences déjà anciennes, contiennent chacune deux verres de sérosité, sans aucun flocon albumineux.

Le cœur est très volumineux; le ventricule gauche, dont les parois sont légèrement hypertrophiées, offre une grande dila-

tation de sa cavité. Il contient, vers sa pointe et dans une espèce de loge constituée par la membrane interne distendue, par une couche musculaire très mince, et par le feuillet viscéral du péricarde, un ancien caillot fibrineux et très consistant. La membrane interne qui tapisse le reste du ventricule gauche, présente, à plusieurs endroits, des fausses membranes adhérentes. Les valvules sont libres de toute ossification ou incrustation crétacée; les autres cavités de cœur sont uniformément dilatées; les artères sont saines; seulement, elles sont ainsi que le cœur gorgées de sang; l'estomac et les intestins seraient dans l'état sain, s'ils n'offraient à un degré remarquable cette couleur *hortensia* et cette injection capillaire, résultat, en quelque sorte, mécanique de la gêne de la circulation dans le cœur droit. Les voies urinaires sont dans l'état normal.

Réflexions. Quoique les symptômes précurseurs de cette hémorrhagie manquent complétement, on peut présumer cependant que sous l'influence de la maladie du cœur, l'encéphale était le siége d'une congestion sanguine habituelle.

Le caillot trouvé entre l'arachnoïde et la pie-mère, du côté droit, était assez considérable et assez circonscrit pour déterminer une compression notable et, par suite, une paralysie du côté gauche. Est-ce à la lenteur avec laquelle se sera faite l'hémorrhagie, qu'il faut attribuer la conservation du mouvement et du sentiment dans les membres gauches? Ou bien, faut-il croire que la quantité considérable de sérosité rencontrée dans la cavité de l'arachnoïde, et qui formait une couche de liquide uniformément répandue à la surface du cerveau a agi de manière que le malade éprouvât du coma et non de la paralysie? Il ne faut pas oublier non plus que le liquide céphalo-spinal était également en quantité plus que normale.

La maladie du cœur de Leroy nous offre un nouvel exemple d'un anévrysme partiel de cet organe. Les fausses membranes adhérentes à la membrane interne tendent à confirmer l'idée

émise par moi en 1836 (1), que l'anévrysme partiel du cœur paraît souvent lié à une endocardite antécédente. On conçoit, en effet, qu'une phlegmasie atteignant tout à la fois et la membrane interne du cœur et le tissu musculaire sous-jacent, enlève à l'une sa souplesse et son élasticité, à l'autre sa consistance et sa faculté contractile, et détermine ainsi, sous l'influence de la force expansive de la colonne sanguine, une dilatation partielle d'un des ventricules du cœur et presque toujours du ventricule gauche.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Malaise général; rougeur de la face; chaleur des téguments du front; facultés intellectuelles obtuses; plus tard, prostration, délire tranquille, coma, mort. — Vaste hémorrhagie entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Gouaille, serrurier, âgé de soixante et onze ans, admis à Bicêtre le 21 août 1830, entra à l'infirmerie le 5 janvier 1833. A la visite du lendemain 6, il me fut impossible d'établir le diagnostic de la maladie. On remarquait bien un malaise général, mais il n'y avait aucun symptôme tranché. Pas de fièvre, pas d'oppression, pas de coma; seulement, la rougeur de la face était un peu plus prononcée qu'à l'ordinaire; la chaleur de la tête et surtout du front était aussi un peu plus élevée. Le malade remuait parfaitement tous ses membres; il ne se plaignait d'aucun engourdissement, d'aucun fourmillement. La parole était libre; toutefois, le malade, dont les facultés intellectuelles étaient obtuses, répondait mal aux questions qu'on lui adressait; la respiration était naturelle; le pouls, sans fréquence, était plutôt faible que fort. (Lav. purg., catap., sinap. aux pieds; petit-lait, deux bouillons.)

(1) *Mémoire sur l'anévrysme partiel du cœur*, inséré dans la *Revue médicale*, octobre 1835, et septembre 1836.

L'état du malade s'aggravant rapidement, quoique la rougeur et la chaleur de la face et de la tête fussent moins intenses, j'auscultai la poitrine avec le plus grand soin. La respiration se faisait mal, surtout dans les lobes inférieurs; à une légère matité se joignait du râle muqueux; les crachats étaient purulents, d'un blanc mat et presque pas aérés. J'annonçai une double bronchite. Cependant, le malade s'affaiblit graduellement, et le 27 janvier 1833, il succomba sans qu'on ait pu saisir autre chose, et encore dans les deux derniers jours de son existence, qu'un délire tranquille et passager, lequel fut suivi d'un état comateux et de la mort.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. La muqueuse bronchique est rouge, épaissie, tapissée de mucosités purulentes; les deux lobes inférieurs du poumon sont légèrement engoués. Mais, ce n'était pas là la cause qui avait mis fin aux jours du malade. Cette cause résidait dans l'encéphale. Entre l'arachnoïde et la pie-mère existait une couche de caillots qui, recouvrant toute la surface cérébrale, pénétrait dans les anfractuosités du cerveau de la substance duquel elle n'était séparée que par la pie-mère. Ces caillots, du volume d'une grosse fève, étaient plus nombreux sur les lobes antérieurs du cerveau et sur les deux lobes latéraux du cervelet; de plus, les ventricules latéraux, le ventricule moyen et même le cinquième ventricule ou ventricule du *septum*, qui cette fois communiquait évidemment avec le troisième, étaient distendus par d'autres caillots qui, cependant, ne dépassaient pas l'entrée de l'aqueduc de Sylvius. Cette distension était surtout très manifeste dans le ventricule droit. La partie antérieure de ce ventricule était fermée par une tumeur du volume d'une aveline, arrondie, dure, et offrant un collet très rétréci; cette tumeur était logée dans la substance cérébrale qui forme le plancher du ventricule droit. Elle avait usé cette substance et communiquait librement avec la cavité ventriculaire. Était-ce un anévrysme? On pouvait le croire en remarquant que les couches de sang étaient d'autant plus fibri-

neuses, qu'elles étaient plus profondément placées dans la tumeur; elles étaient, au contraire, moins consistantes à mesure qu'elles devenaient plus superficielles. Cet anévrysme, si l'on peut appeler ainsi cette tumeur, appartenait probablement à la cérébrale moyenne; mais il a été impossible de le constater, sans doute parce que le vaisseau malade a été rompu dans les manœuvres faites par l'élève chargé de l'autopsie pour extraire le cerveau de la boîte crânienne.

Réflexions. La première question qui se présente à l'esprit, après avoir lu cette observation, c'est celle de savoir à quelle époque a eu lieu l'hémorrhagie. Le malade est resté vingt-deux jours à l'infirmerie, mais pendant les vingt premiers jours, on n'a observé chez lui que les signes d'une légère congestion cérébrale, et un affaiblissement progressif que je crus devoir rapporter à une bronchite chronique, tant les symptômes cérébraux, surveillés avec soin, étaient peu intenses. Les facultés intellectuelles, très obtuses dès l'arrivée du malade dans mes salles, suivirent une progression décroissante; de là un délire tranquille et passager. Ce n'est que deux jours avant la mort, qu'un coma profond se manifesta. Ce n'est très probablement qu'alors que l'hémorrhagie eut lieu. La compression du cerveau qui en résulta, ne permit pas au malade de reprendre connaissance et amena la mort.

Quant à la cause de l'hémorrhagie, il me paraît difficile de conserver des doutes. La rupture des artères cérébrales avec ou sans lésion de leurs parois n'est pas une chose absolument rare. M. Rochoux en a rapporté ou cité neuf exemples, dont la plupart sont dus à M. Serres; l'artère qui a été le plus souvent le siége de l'hémorrhagie, c'est la basilaire et ensuite la carotide.

M. Gendrin a donné des soins à un homme âgé de soixante-huit ans, qui fut apporté le matin à l'hôpital Cochin, sans connaissance et dans un état comateux. Cet homme avait été trouvé dans la nuit, à la porte d'un cabaret où on l'avait vu se coucher

vers le soir; respiration stertoreuse et très accélérée; pouls faible; membres dans un état de flaccidité complète; — mort dans la journée. — La branche antérieure de l'artère cérébrale moyenne présentait une déchirure longitudinale, comme frangée, qui n'avait pas moins de 3 lignes de longueur; un petit caillot sortait par cette déchirure; un vaste caillot enveloppait toute la base du cerveau, s'infiltrait dans les anfractuosités et les scissures; les parties convexes du cerveau, qui paraissaient avoir été fortement appliquées contre le crâne, n'étaient pas recouvertes par le sang. Les ventricules cérébraux étaient vides.

M. Magendie a vu une vaste hémorrhagie dans la cavité sous-arachnoïdienne du cerveau et de la moelle, par suite d'une perforation d'une branche de l'artère cérébrale antérieure. Cette altération a été trouvée chez un homme qui avait perdu connaissance à l'improviste, et avait été agité de mouvements irréguliers, violents et convulsifs. Saignée de la temporale qui donne un sang noir, comme il arrive dans tous les cas de compression subite du cerveau. Mort dans la soirée (1).

M. Boudet a aussi été témoin d'un cas de rupture du tronc de la carotide. Paralysie du mouvement et du sentiment à gauche; contracture prononcée du côté droit; respiration stertoreuse, coma; tels sont les principaux symptômes qui ont été observés avant la mort, arrivée trois jours après le début de la maladie. — 300 grammes de sang, sous forme de gelée de groseille, étaient répandus à la face supérieure et inférieure du cerveau dans toute la cavité sous-arachnoïdienne; mais à droite, en plus grande quantité, le sang pénétrait jusque dans les anfractuosités les plus profondes. Les ventricules cérébraux étaient remplis de sérosité rouge.

(1) *Recherches physiologiques et cliniques sur le liquide céphalo-spinal*, page 115. Paris, 1842.

TROISIÈME OBSERVATION.

Céphalalgie; affaissement; somnolence, coma, mort. — Épanchement de sang entre l'arachnoïde et la pie-mère au-dessus de l'hémisphère gauche.

Le nommé Delanoue, âgé de quatre-vingt-huit ans, journalier, d'une forte constitution, a été admis à Bicêtre le 24 juillet 1832. Le 28 décembre de la même année, il fut reçu à l'infirmerie pour une bronchite accompagnée d'une gêne assez grande de la respiration; du reste, pas de fièvre, mais un peu de céphalalgie. Langue sèche; pouls faible, à 72; l'examen attentif du thorax par la percussion et l'auscultation ne fit découvrir qu'un léger râle muqueux et une respiration incomplète dans les endroits où la sonorité était exagérée; expectoration de crachats, rares, épais, blancs, peu aérés. Le malade fut traité pour une bronchite compliquée d'emphysème; son état ne semblait devoir donner aucune inquiétude prochaine. Cependant, le malade commença à s'affaisser le 29 et le 30, sans que ni du côté de la tête, ni du côté des membres, rien parût annoncer une lésion des centres nerveux ou de leurs enveloppes. Dans la nuit du 31 décembre au 1er janvier, Delanoue tomba dans un coma profond que l'interne de garde combattit par des cataplasmes sinapisés aux pieds. Enfin, la mort arriva, sans nouveaux symptômes, le 1er janvier à sept heures du matin.

On constata dans les poumons l'existence d'une bronchite compliquée d'un emphysème pulmonaire dans certains points; de plus, le cœur présentait une hypertrophie concentrique du ventricule gauche avec quelques ossifications non aux valvules mais à l'entrée de l'aorte.

Ces lésions n'étaient pas la cause de la mort. Une couche de sang légèrement coagulé, non entouré d'une fausse membrane, non adhérente, existait entre l'arachnoïde et la pie-mère dans la partie correspondante au tiers moyen de l'hémisphère gau-

che; ce coagulum avait environ 2 centimètres d'épaisseur; le cerveau, la moelle et leurs enveloppes n'offraient d'ailleurs rien de remarquable.

Réflexions. La nature et la marche du petit nombre de symptômes observés pendant la vie, ne pouvaient faire soupçonner l'altération trouvée après la mort qui n'a été précédée que de quelques heures par le coma. Il faut, toutefois, remarquer que le malade se plaignait d'un grand affaissement. Cette sensation qui a existé aussi dans nos deux premières observations, devrait-elle être regardée comme un indice qui doit éveiller l'attention du médecin?

Une autre circonstance qui doit être notée, c'est qu'un caillot considérable et limité a existé dans la cavité sous-arachnoïdienne, au-dessus de l'hémisphère gauche du cerveau, sans déterminer dans la partie opposée du corps la moindre manifestation d'une paralysie du mouvement ni du sentiment.

QUATRIÈME OBSERVATION(1).

Vomissements après un repas indigeste; hémiplégie douteuse à gauche; perte de la sensibilité des deux bras; somnolence; coma; mort deux heures après le commencement des vomissements. — Vaste hémorrhagie entre l'arachnoïde et la pie-mère de la base du cerveau, dans les quatre ventricules et dans la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle.

La nommée Marguerite Brossard, âgée de soixante-trois ans, d'une belle constitution que le temps n'avait pas détériorée, jouissait encore d'une bonne santé le 25 avril 1842. A huit heures du soir, elle venait de souper un peu abondamment avec du boudin, lorsqu'elle fut prise de vomissement. L'interne de garde appelé auprès d'elle, une heure au plus après que ces vo-

(1) Observation recueillie dans le service de M. Beau, par M. Neucourt, son interne.

missements avaient commencé, trouva la malade appuyée sur le coude droit, ne vomissant plus, mais ayant la respiration haute et difficile, pouvant à peine répondre par un monosyllabe aux questions qui lui étaient adressées. L'intelligence paraissait néanmoins assez nette. La malade ne put ou ne voulut pas serrer de la main gauche la main qui lui fut présentée; un pincement très fort avec l'ongle ne sembla pas déterminer de sensation pénible, ni de ce côté, ni du côté droit; peau fraîche; pouls à 50 environ.

On fit transporter de suite la malade à l'infirmerie, mais lorsqu'elle y arriva, elle était morte. La mort eut lieu deux heures au plus après l'apparition des premiers symptômes.

Autopsie trente-six heures après la mort.

Habitude extérieure. Embonpoint bien conservé; couleur violacée des téguments du crâne, de la face et de toute la partie postérieure du tronc.

Encéphale. Os du crâne d'épaisseur moyenne; pas d'adhérences anormales de la dure-mère. Lorsqu'on extrait le cerveau de la cavité du crâne, il s'écoule au moins deux verres de sang liquide. Toute la base du cerveau est recouverte d'une couche de sang coagulé qui s'est épanché entre l'arachnoïde et la pie-mère. Du sang liquide, dans lequel nagent quelques caillots, emplit et distend les quatre ventricules et se répand dans la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle. Les membranes cérébrales et spinales, ainsi que le cerveau, le cervelet et la moelle épinière, ne présentent aucune altération. Les vaisseaux de la pie-mère sont pleins de sang, mais on ne peut y découvrir aucune solution de continuité, non plus qu'aux vaisseaux de la base du crâne. L'épanchement est borné à la face inférieure du cerveau; toute la convexité n'offre aucune trace de sang.

Thorax. Le cœur et les poumons sont dans un état parfaitement normal.

Abdomen. L'estomac, d'un volume considérable, contient environ un demi-litre de substance alimentaire d'un brun rose

ayant déjà subi un commencement de chymification; la membrane muqueuse est, comme cela a lieu ordinairement pendant la digestion stomacale, d'un rouge assez intense, surtout à sa partie moyenne et vers le pylore.

Les autres organes sont sains.

Réflexions. Quand on voit combien l'hémorrhagie a été considérable, on se demande s'il n'y avait pas là plus qu'une exhalation sanguine, si quelque vaisseau n'avait pas été rompu. J'avoue que, quoique cette lésion n'ait pas été constatée, je conserve beaucoup de doutes sur ce point.

La quantité de sang liquide était telle qu'on ne doit pas s'étonner de le rencontrer dans les quatre ventricules et dans le canal sous-arachnoïdien de la moelle. Ce qui est plus singulier, c'est que les hémisphères cérébraux n'aient pas été couverts de sang; cette circonstance ne s'explique que par la compression exercée de bas en haut par le sang épanché. La même chose a eu lieu dans le fait cité de M. Gendrin.

Une dernière remarque m'est suggérée par cette observation, et je la crois digne de l'attention des praticiens. Ne pourrait-on pas craindre que la mort de la malade qui est survenue pendant son transport du dortoir à l'infirmerie, n'eût été produite par la compression du cerveau, compression déterminée ou du moins augmentée par une plus grande accumulation du sang dans le crâne, par suite de la position horizontale donnée à la malade. La communication facile des liquides séreux, purulents ou sanguins entre la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle, et les cavités sous-arachnoïdienne et ventriculaires du cerveau ne doit jamais être perdue de vue. On doit quand on peut soupçonner un épanchement sanguin analogue à celui qui nous occupe, maintenir avec persévérance les malades dans une position verticale.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Paralysie générale des vieillards; symptômes de méningite; coma profond, mort. — Hémorrhagie entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Le nommé Louet, âgé de soixante-dix-neuf ans, peintre en bâtiments, a été admis à Bicêtre le 19 janvier 1832. Le 30 août 1833, il fut amené à l'infirmerie pour une paralysie générale, caractérisée par un grand embarras de la parole, par l'impossibilité de la station verticale et le relâchement des sphincters; à cet état se joignirent, quelques semaines plus tard, les symptômes d'une méningite, savoir : rougeur et chaleur des téguments de la face et du front, yeux brillants, délire plus ou moins turbulent, somnolence, pas de soubresauts dans les tendons; pouls serré, fréquent, prenant du développement dans les exacerbations, qui ont lieu exclusivement le soir; langue sèche et recouverte d'un enduit brunâtre. Une saignée, deux applications de sangsues sur le trajet des jugulaires, un vésicatoire à la nuque, des lavements purgatifs, tels sont les moyens qui ont combattu avec succès la méningite. Le même traitement eut un résultat aussi heureux contre les mêmes accidents renouvelés à plusieurs reprises. Mais, le 14 février 1834, tous les symptômes indiqués plus haut reparurent accompagnés d'une disposition comateuse très prononcée. Les évacuations sanguines, les révulsifs portés sur le canal intestinal et sur les extrémités inférieures, n'amenèrent que fort peu de soulagement. Le coma devint plus profond; la respiration s'embarrassa, et le malade mourut le 19 février sans qu'on ait pu constater, malgré toutes les recherches faites à cet égard, aucun changement dans la motilité et la sensibilité des membres.

A l'ouverture du cadavre on trouve l'arachnoïde viscérale très injectée; elle présente de nombreuses arborisations. Quand on veut la détacher avec la pince, on remarque qu'elle est très

friable. Entre elle et la pie-mère, dans le tissu cellulo-vasculaire qui les sépare, existent sur l'un et l'autre hémisphère cérébral de petits caillots sanguins, au nombre total de plus de douze et du volume d'un gros pois. Ces caillots, d'une couleur noirâtre, sont assez consistants; ils paraissent récents; on ne voit autour d'eux aucune fausse membrane. On trouve encore, çà et là, entre l'arachnoïde et la pie-mère, dans les intervalles que laissent les caillots, une sérosité blanchâtre offrant un aspect gélatineux. Le cerveau est petit et mou; le corps strié gauche contient un petit kyste séreux renfermant un liquide très clair. Les ventricules cérébraux ne contiennent pas plus de 10 grammes d'une sérosité non altérée. Tous les organes du thorax et de l'abdomen sont dans l'état normal, sauf qu'ils offrent un peu de mollesse.

Réflexions. Il y a une paralysie générale des vieillards fort analogue à la paralysie générale des aliénés. Chez les uns et chez les autres elle n'est caractérisée par aucune altération organique constante. Le plus souvent même, chez les vieillards, lorsque la paralysie générale est simple, l'encéphale n'offre aucune lésion qui puisse rendre raison des symptômes observés pendant la vie. C'est ce que m'ont démontré plusieurs faits que j'ai eu occasion d'observer.

L'hémorrhagie entre l'arachnoïde et la pie-mère ne me paraît donc pas avoir donné lieu à la paralysie générale, qui existait certainement plusieurs mois avant la formation des caillots sanguins. La méningite, qui s'est renouvelée ensuite à plusieurs reprises, et qui a cédé chaque fois au traitement énergique par lequel on l'a combattue dès le début, peut avoir été une cause prédisposante de l'épanchement sanguin, mais elle n'en a pas été la cause immédiate, puisque, le 14 février au matin, Louet n'offrait aucun symptôme de méningite. C'est à cette époque seulement, c'est le 14 février, que le malade, frappé tout-à-coup d'apoplexie méningée, est tombé dans un coma qui n'a cessé

qu'avec la vie, le 19. L'*âge* des caillots est tout-à-fait d'accord avec cette interprétation des faits; leur couleur, leur consistance, tout annonce que leur origine ne remontait pas à plus de cinq jours.

Une circonstance digne d'attention, c'est que les caillots nombreux existant dans la cavité sous-arachnoïdienne n'avaient pas altéré la couleur de la sérosité comme gélatineuse qu'on a trouvée, en quelque sorte, au milieu d'eux. Le liquide de la cavité sous-arachnoïdienne n'étant pas sanguinolent, il était tout simple que celui des ventricules cérébraux ne le fût pas non plus. Déjà M. Magendie a remarqué que, souvent, le liquide céphalo-spinal, malgré son mouvement ascendant et descendant dans la cavité sous-arachnoïdienne, ne délaie pas, n'entraîne pas le pus déposé dans ses mailles celluleuses.

J'ai été à même de vérifier ce fait dans un cas où une injection de laudanum faite pour modérer les douleurs et l'abondance d'une otorrhée, a été suivie de la suppression de la suppuration de l'oreille externe, et de la présence de plusieurs traînées de pus dans la cavité sous-arachnoïdienne.

Avant de terminer ces réflexions, je dois faire remarquer que la méningite qui s'est manifestée à plusieurs reprises chez Louet, par des symptômes non équivoques, n'a jamais déterminé de soubresauts dans les tendons. Il ne faut pas s'en étonner; car il résulte pour moi de faits nombreux, observés avec une attention spéciale sur ce point, que la méningite n'est pas accompagnée chez le vieillard de soubresauts dans les tendons. C'est là une différence bien tranchée avec ce qui se passe chez l'adulte et chez l'enfant, quand les méninges sont le siége d'un travail inflammatoire.

SIXIÈME OBSERVATION.

Mort subite sans aucun symptôme précurseur. — Vaste hémorrhagie dans la cavité sous-arachnoïdienne, dans les ventricules latéraux et médian. Traces d'une ancienne hémorrhagie dans le corps strié gauche.

Le nommé Mathieu, âgé de cinquante ans, col court, beaucoup d'embonpoint, a été admis à Bicêtre, le 3 mars 1833, en qualité d'ancien employé. Le 3 avril 1834, à dix heures du matin, sans avoir éprouvé aucun malaise, il tomba frappé de mort subite.

Son cadavre fut ouvert vingt-quatre heures après.

Habitude extérieure. Le visage est pâle; il existe quelques vergetures à la partie postérieure du tronc. Raideur cadavérique très prononcée.

Encéphale. On incise les téguments de la tête, qui ne donnent qu'une quantité de sang médiocre. L'axe cérébro-spinal ayant été mis à découvert dans toute son étendue avec les précautions convenables, on ne remarque rien de morbide sur la dure-mère. Rien à noter non plus dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale, si ce n'est une injection des vaisseaux les plus capillaires de l'arachnoïde viscérale, qui est très friable. Du sang liquide et coagulé est épanché dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; on évalue sa quantité à 30 grammes environ; 60 grammes de sang, également moitié liquide, moitié coagulé, existent dans les ventricules latéraux et médian; on n'en trouve ni dans l'aqueduc de Sylvius, ni dans le quatrième ventricule. On cherche en vain l'ouverture du vaisseau qui a pu être la source de cette hémorrhagie; on remarque seulement que l'artère basilaire, qui est très rétrécie au niveau de la naissance des cérébrales postérieures, est triplée de volume au-dessous de l'obstacle. Du reste, je le répète, il n'existe pas la moindre rupture, la plus petite ouverture anormale. On ne trouve que quelques

grammes de sérosité, non altérée dans sa couleur, dans la cavité sous-arachnoïdienne du rachis. La moelle est à l'état normal; l'examen de chacune des parties du cerveau fait découvrir un ancien foyer apoplectique dans le corps strié gauche. Une couche mince d'une matière couleur de rouille recouvre les parois du foyer, réunies par des brides celluleuses; il n'existe pas de kyste. Les parties qui entourent le foyer ne sont le siége d'aucune altération pathologique.

Les organes du *thorax* et de l'*abdomen* n'offrent aucune lésion qui soit digne d'être notée.

Reflexions. Dans cette observation, nous voyons du sang en grande quantité dans la cavité sous-arachnoïdienne, et du sang en plus grande quantité encore dans les ventricules latéraux et médian, sans qu'il en existe dans l'aqueduc de Sylvius et dans le quatrième ventricule, sans que le liquide renfermé dans la cavité sous-arachnoïdienne du rachis soit sanguinolent. D'où vient le sang épanché? Est-ce du tissu cellulo-vasculaire de la pie-mère, ou bien des plexus choroïdes, ou bien encore de la membrane ventriculaire? L'hémorrhagie a-t-elle eu lieu simultanément dans toutes ces cavités? Cette supposition n'est pas probable. Mais, alors, comment le sang épanché dans la cavité sous-arachnoïdienne a-t-il pu se répandre dans les ventricules, ou comment celui des ventricules a-t-il pu se rendre dans la cavité sous-arachnoïdienne, sans laisser ni sang liquide ni caillots dans le quatrième ventricule ou dans l'aqueduc de Sylvius, sans rendre sanguinolente la sérosité rachidienne? On ne peut guère se rendre compte de ce qui a été observé dans ce cas, qu'en admettant avec MM. Serres, Magendie et Gendrin, que le sang contenu dans la cavité sous-arachnoïdienne peut pénétrer dans les ventricules non seulement par la voie que parcourt ordinairement le liquide céphalo-spinal, mais aussi en suivant les plexus choroïdes.

Description de l'Hémorrhagie sous-arachnoïdienne.

Nous devons rechercher maintenant si les faits que nous venons de rapporter comparés à ceux qu'on a publiés jusqu'à ce jour, nous permettent d'établir, sauf vérification ultérieure, les caractères anatomiques, les symptômes, la marche, la gravité et la terminaison de l'apoplexie due à une hémorrhagie dans la cavité sous-arachnoïdienne.

Caractères anatomiques. Que le sang épanché soit le résultat de la rupture d'un vaisseau ou d'une simple exhalation, on peut le rencontrer à l'état liquide ou en caillots dans toutes les parties de la cavité sous-arachnoïdienne de l'encéphale, dans tous les ventricules et dans la cavité sous-arachnoïdienne du rachis. Tantôt se répandant en nappe sur les circonvolutions, tantôt pénétrant dans les scissures et les anfractuosités les plus profondes, il n'est séparé du cerveau et de la moelle que par la pie-mère, qu'il traverse même quelquefois; il peut être en contact immédiat avec les fibrilles des nerfs encéphaliques ou rachidiens au moment où ces fibrilles traversent l'espace destiné au liquide céphalo-spinal dans lequel elles sont ordinairement plongées.

Les épanchements les plus considérables se rencontrent à la base du crâne, et sont dus le plus fréquemment à des ruptures artérielles. On ne connaît guère que trois cas de déchirures des sinus dus à MM. Serres, Douglas et Filassier.

L'apoplexie provenant de la rupture d'une artère ou d'une veine importante a exclusivement son siége dans la cavité sous-arachnoïdienne.

Quoique la marche des accidents ne permette pas de douter que dans un certain nombre de cas, soit de rupture de vaisseaux, soit d'exhalation sanguine, le sang ait été versé à plusieurs jours de distance, on ne voit ni dans les observations des auteurs ni dans les miennes des caillots de divers *âges*. Cela tient-il au peu de durée de la maladie? C'est probable.

Plusieurs observateurs, parmi lesquels je citerai M. Rochoux,

ont vu le caillot formant un gâteau d'un *aspect réticulé*. Cet aspect n'annonce-t-il pas que le caillot date, au moins, de plusieurs jours? Dans le fait rapporté par M. Rochoux (1), le sang était épanché dans la cavité sous-arachnoïdienne depuis six jours.

Une circonstance très curieuse et qui n'a pas été signalée, c'est que dans aucun des cas d'hémorrhagie dans la cavité sous-arachnoïdienne on n'a trouvé le sang entouré d'une fausse membrane, même dans le premier fait cité de Morgagni, où l'hémorrhagie datait de huit jours. On sait qu'il ne faut pas ce laps de temps pour que le sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde soit recouvert d'une fausse membrane. Il paraîtrait donc que ni la surface cérébrale de l'arachnoïde viscérale ni la pie-mère n'ont pas, au moins à un aussi haut degré que l'intérieur de l'arachnoïde, la faculté de produire des fausses membranes, cette admirable ressource employée par la nature pour isoler le caillot devenu corps étranger et pour en préparer la résorption. Peut-être aussi cette absence de fausse membrane tient-elle au flux et au reflux du liquide céphalo-spinal.

Quelle que soit l'explication qu'on adopte, le fait reste, et il tend à prouver que si le sang épanché dans la cavité sous-arachnoïdienne est susceptible d'être résorbé, cette résorption s'opère par un autre mécanisme que pour le sang contenu dans la cavité arachnoïdienne. Le contact continuel du liquide céphalo-spinal, son mouvement ascendant et descendant à chaque inspiration et expiration, est peut-être ici le seul moyen employé par la nature pour faire disparaître le sang épanché quand il ne l'a pas été en quantité assez considérable pour produire promptement et nécessairement la mort.

L'absence de fausse membrane rend raison du peu d'adhérence que contractent avec les membranes voisines les caillots formés dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, lesquels, sous ce rapport, diffèrent essentiellement de la plupart de ceux renfermés dans la cavité de l'arachnoïde.

(1) *Traité de l'apoplexie*, 2e édition, Paris, 1833, page 346.

On sait aussi, par des faits incontestables, que les caillots existants dans les ventricules peuvent être revêtus d'une fausse membrane fournie par la séreuse qui tapisse l'intérieur de ces cavités. Là, le courant du liquide céphalo-spinal, qui n'y arrive que par l'ouverture, souvent très étroite, dont la connaissance est due à M. Magendie, n'exerce pas une action aussi puissante que dans la cavité sous-arachnoïdienne.

La communication de la cavité sous-arachnoïdienne du rachis et du cerveau avec les ventricules explique complétement et le passage du sang d'un de ces espaces dans tous les autres, et la coloration rouge du liquide céphalo-spinal là où il n'existe pas de sang. Quand cette coloration n'a pas lieu, c'est, ou bien parce que le liquide céphalo-spinal a passé sur les caillots sans que sa couleur en fût altérée, comme j'en ai cité un exemple, ou bien parce qu'un obstacle quelconque interrompt la communication. J'ai pu observer un cas dans lequel un caillot remplissant exactement l'aqueduc de Sylvius a empêché le sang contenu dans le ventricule latéral droit et dans le troisième ventricule de passer dans le quatrième, et, par suite, dans la cavité sous-arachnoïdienne du rachis. Le nommé Simon, ancien maréchal, âgé de quatre-vingt-un ans, jouissait habituellement d'une bonne santé, lorsque, le 1^er^ juin 1835, il fut frappé d'une hémiplégie du côté gauche. Malgré les soins convenables, il mourut le 10 juin. — L'autopsie fit découvrir une hémorrhagie cérébrale dont le point de départ était la partie interne de la couche optique droite. Le sang, en grande quantité, distendait le ventricule latéral droit et le troisième ventricule. Un caillot très ferme remplissait complétement toute l'étendue de l'aqueduc de Sylvius, et empêchait, comme je l'ai dit, le passage du sang dans le quatrième ventricule et dans la cavité sous-arachnoïdienne. Le ventricule latéral gauche, qui contenait environ 30 grammes d'une sérosité rougeâtre, offrait, en outre, un fait d'anatomie pathologique encore assez rare: c'était une fausse membrane un peu opaque, quoique paraissant simple, d'une

longueur de 3 centimètres sur 2 centimètres. Cette fausse membrane formait une espèce de bride adhérente aux parois du ventricule, et placée derrière l'extrémité antérieure de cette cavité.

Symptômes. Si on ne devait donner le nom d'apoplexie qu'aux maladies caractérisées par une paralysie du mouvement et du sentiment, l'hémorrhagie dans la cavité sous-arachnoïdienne mériterait à peine ce nom. En effet, des douze observations indiquant une rupture d'une des artères cérébrales, deux seulement ont présenté une hémiplégie; ce sont celles dues à MM. Hogdson (1) et Boudet. Les ruptures ou déchirures des veines ou sinus veineux n'ont pas été accompagnées de paralysie. Ceci explique comment M. Serres, qui pensait que le sang épanché dans l'apoplexie méningée provient toujours d'un vaisseau rompu, avait cru pouvoir établir, d'après les faits observés par lui, que cette apoplexie n'entraîne la perte ni du sentiment ni du mouvement. Dans les six faits que je viens de rapporter, une seule malade (*4^e observation*) a paru présenter une paralysie douteuse du mouvement à droite et une perte générale du sentiment : encore faut-il dire qu'une erreur a été possible, attendu que la maladie n'a duré que deux heures, et que, pendant ce temps, la malade n'a pas recouvré un instant la connaissance. Je n'ai pas trouvé dans les auteurs un seul cas d'hémorrhagie par exhalation dans la cavité sous-arachnoïdienne où une accumulation même considérable de sang liquide ou en caillot eût produit une véritable hémiplégie. Faut-il attribuer cette singularité remarquable à ce que la cavité sous-arachnoïdienne, étant destinée à recevoir le liquide céphalo-spinal, peut admettre une quantité plus ou moins grande de sang sans que le mouvement et le sentiment soient lésés? Faut-il croire que le sang versé dans la cavité sous-arachnoïdienne, pouvant facilement se répandre au loin entraîné qu'il est, par le liquide céphalo-

(1) *Maladies des artères et des veines*, trad. de Breschet, Paris, 1819, t. I, p. 89.

spinal, se trouve, en quelque sorte, disséminé, et n'exerce sur aucun point une compression suffisante pour amener la paralysie du côté du corps opposé à la compression? Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur ces deux explications qui ne s'excluent pas réciproquement, une troisième interprétation doit être admise pour certains cas où une très grande quantité de sang est venue tout-à-coup comprimer le cerveau; c'est qu'alors il y a une résolution subite et complète qui s'oppose à ce qu'on puisse saisir et étudier aucune paralysie partielle.

Dans les cas observés ou cités par moi, un seul symptôme a été constant, c'est le coma, qui a toujours précédé la mort, excepté toutefois chez le malade (6e *observation*) mort subitement.

Du malaise, de l'affaissement, ont plusieurs fois précédé le coma.

La céphalalgie, la rougeur et la chaleur des téguments de la face et du front doivent plutôt être considérées comme des phénomènes précurseurs plus ou moins fréquents que comme des symptômes inhérents à la maladie qui nous occupe.

Une seule fois un délire tranquille et passager s'est manifesté sans qu'on ait été fondé à le rapporter à l'irritation produite par le sang sur les parties contenantes.

Si les facultés intellectuelles ne sont presque jamais perverties, elles sont le plus souvent notablement diminuées.

Aucune lésion particulière des sens n'a été observée.

La *marche* de la maladie a été le plus ordinairement continue, quelquefois intermittente: cette dernière circonstance a été remarquée chez plusieurs des malades qui ont succombé à la rupture d'une des artères cérébrales. On est obligé d'admettre que, dans ces cas, l'hémorrhagie s'est faite à plusieurs reprises.

La dénomination d'*apoplexie foudroyante*, qui ne s'applique peut-être jamais justement à l'hémorrhagie dans la pulpe cérébrale, et même dans le cervelet et la protubérance, convient, au contraire, à un certain nombre d'hémorrhagies dans la cavité sous-arachnoïdienne. La congestion cérébrale ou coup de

sang, l'apoplexie séreuse dans les ventricules et la cavité sous-arachnoïdienne, l'hémorrhagie dans la cavité sous-arachnoïdienne et les ventricules, méritent seules, et encore dans certains cas, le nom d'*apoplexie foudroyante.*

Le *pronostic* est des plus graves, puisque la mort a été la terminaison constante de cette maladie, soit immédiatement, soit au plus tard dans l'espace de huit jours.

Aucun observateur n'a encore signalé dans la cavité sous-arachnoïdienne ni kyste ni quelque autre trace pouvant indiquer que du sang épanché aurait été résorbé. Toutefois, c'est une recherche à faire, et qui probablement ne restera pas infructueuse.

Je ne pousserai pas plus loin pour le moment les conséquences à tirer de ce qui précède, me réservant de parler du traitement, et de revenir sur les causes, les symptômes, la marche, le pronostic et les lésions anatomiques de l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne lorsque j'aurai exposé ce que j'ai à dire sur l'hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde.

De l'Hémorrhagie intrà-arachnoïdienne.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Chaleur de la tête; rougeur de la face; sécheresse de la langue; nul symptôme de paralysie; somnolence; respiration stertoreuse; coma; mort. — Exhalation d'un verre de sang liquide dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.

Le nommé Saublens, indigent, âgé de soixante-cinq ans, de petite taille, d'un embonpoint considérable, est entré à l'infirmerie de Bicêtre le 3 février 1833. Lors de ma visite, le 4 au matin, le malade était dans un état d'assoupissement profond; chaleur de la tête; légère rougeur de la face; sécheresse de la langue; pupilles contractées et non contractiles à la lumière; d'ailleurs, nul symptôme de paralysie; pas de fièvre; pouls à 72, présentant un peu d'élévation. L'examen de la poitrine et du

ventre n'offre rien d'anormal. (Saignée de quatre palettes; vingt sangsues derrière les oreilles; lavement purgatif; catapl. sinap. aux pieds.)

Le 5, le malade est pâle et affaibli; mais, malgré l'emploi des moyens ci-dessus, malgré un large vésicatoire à la nuque, il n'a pu recouvrer la connaissance. Coma plus profond; respiration stertoreuse; selles et urines involontaires; résolution des membres; pouls fréquent et petit. Mort le 6 février dans la nuit, c'est-à-dire moins de trois jours après l'invasion de la maladie.

L'ouverture du cadavre fut pratiquée le 7 au matin. Tous les organes étaient dans l'état le plus sain, sauf l'arachnoïde, qui contenait dans sa cavité un demi-verre de sang liquide. Ce sang, de couleur noirâtre, était en quantité à peu près égale à droite et à gauche; il recouvrait les deux hémisphères et ne descendait pas plus bas; il n'était enveloppé d'aucune fausse membrane; très peu de sérosité sanguinolente existait dans la cavité de l'arachnoïde à la base du crâne. Les ventricules cérébraux et la cavité sous-arachnoïdienne contenaient environ 20 grammes de sérosité limpide. L'arachnoïde, qui présentait quelques arborisations très fines, n'avait perdu en aucun point son poli naturel.

• *Réflexions.* Du sang en quantité médiocre, ayant conservé sa liquidité, était répandu sur une vaste surface; la compression n'a pas été assez forte en aucun point pour déterminer des phénomènes de paralysie.

Épanché depuis moins de trois jours, il n'était pas encore recouvert d'une fausse membrane.

La sérosité contenue dans les ventricules et la cavité sous-arachnoïdienne était restée limpide. Cela devait être puisqu'il n'existe aucune voie de communication entre la cavité de l'arachnoïde et les ventricules, entre la cavité de l'arachnoïde et la cavité sous-arachnoïdienne.

Quelques arborisations se rencontraient dans divers points de l'arachnoïde, là où ses parois étaient en contact avec le sang épanché. Est-ce à ce commencement de phlegmasie qu'il faut rapporter la sécheresse que nous avons remarquée à la langue au moment où il n'y avait pas encore de fièvre? Je serais très disposé à le penser: la sécheresse de la langue est pour moi un des meilleurs signes de la méningite plus ou moins latente. Très souvent ce signe a éveillé mon attention, et m'a engagé à faire surveiller les malades soit le soir, soit la nuit, époques où se manifestent plus particulièrement la congestion cérébrale, la chaleur de la tête, le brillant des yeux, le délire en actions ou en paroles, seuls symptômes qu'il soit souvent donné d'observer chez des vieillards atteints d'une méningite insidieuse, marchant à une terminaison funeste, si un traitement actif ne vient pas l'arrêter près de son début.

HUITIÈME OBSERVATION.

Coma; résolution et insensibilité complète des membres, déviation de la bouche à gauche; non-contractilité des pupilles; déglutition impossible; respiration stertoreuse; mort après vingt-quatre heures de maladie.—Un bon verre de sang moitié liquide, moitié coagulé, dans la cavité de l'arachnoïde, à droite.

Une femme, âgée de soixante-douze ans, fut apportée à la Charité, le 8 novembre 1826, dans un état de coma, avec résolution complète de tous les membres; bouche légèrement déviée à gauche; pupilles nullement contractiles à la lumière; respiration stertoreuse; pouls petit, irrégulier, intermittent. Mort quelques heures après l'entrée à l'hôpital.

L'ouverture du cadavre fut faite en ma présence le 9 au matin.

Les sinus de la dure-mère contenaient une grande quantité de sang liquide. La portion de la dure-mère qui recouvre l'hémisphère droit du cerveau paraissait soulevée par un liquide. En effet, une incision fit voir que du côté droit la cavité de l'arach-

noïde contenait un épanchement de sang noir, moïtié liquide, moitié coagulé; ce sang n'était pas enveloppé d'une fausse membrane; la quantité fut évaluée à un bon verre. L'arachnoïde viscérale était fort injectée; l'hémisphère sous-jacent était sensiblement déprimé.

Comme on avait appris que cette femme avait été atteinte deux ans avant sa mort d'une hémiplégie dont elle avait guéri, on chercha avec le plus grand soin dans le cerveau et le cervelet les traces d'un ancien foyer; on n'en trouva aucune. Partout, le cerveau et le cervelet étaient dans l'état le plus normal.

Les ventricules cérébraux et la cavité sous-arachnoïdienne de l'encéphale et du rachis ne contenaient qu'une très petite quantité de sérosité ordinaire.

La moelle épinière et ses membranes étaient parfaitement saines.

Rien à noter dans le thorax et l'abdomen.

Il ne faut pas négliger d'ajouter qu'une très forte ecchymose existait dans le cuir chevelu, vers la bosse pariétale droite. Était-ce la trace d'un coup porté sur la tête? Était-ce la suite d'une chute faite au moment de la perte de connaissance? Si l'on admet cette dernière explication, qui paraît la plus probable, ce fait viendrait fortifier l'opinion de M. Serres, qui pense qu'il suffit de voir de quel côté un paralytique est tombé pour savoir de quel côté sera l'épanchement.

Réflexions. La bouche était déviée à gauche, et cependant l'épanchement qui a donné lieu à la paralysie était à droite. La bouche, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres analogues, était déviée du côté paralysé, parce que cette déviation était non pas active, mais passive. La bouche *pendait* en quelque sorte du côté gauche par défaut de contraction des muscles de ce côté.

Pourquoi l'épanchement sanguin n'ayant lieu qu'à la superficie de l'hémisphère cérébral du côté droit, y a-t-il eu résolution des quatre membres? parce que chez cette malade comme

chez une autre dont M. Rostan a rapporté l'histoire (1), l'épanchement était assez considérable pour qu'il en résultât une compression des deux hémisphères, et par suite la résolution des quatre membres.

Cette hémiplégie, qui avait existé en 1824, et dont la malade avait complétement guéri, n'était-elle pas due à une apoplexie méningée? Les accidents auront disparu à mesure que le caillot aura été résorbé. Ce n'est là qu'une supposition; mais l'absence dans le cerveau et les autres parties de l'encéphale de toute cicatrice, de toute trace d'une ancienne hémorrhagie, rend cette supposition probable. Qui pourrait douter que d'anciennes hémiplégies plus ou moins persistantes qu'on a voulu rapporter soit à des coups de sang, soit à des apoplexies séreuses, parce que l'autopsie n'a montré aucune lésion dans le parenchyme cérébral, devaient être attribuées à des hémorrhagies méningées? Dans la congestion cérébrale appelée coup de sang, la paralysie n'est que de très courte durée; dans l'apoplexie séreuse, assez forte pour déterminer une hémiplégie, la mort est presque inévitable dans un très court délai.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Symptômes de méningite; mort le sixième jour de l'entrée à l'infirmerie. — Adhérences des deux feuillets de l'arachnoïde; caillots sanguins récents dans la cavité de cette membrane séreuse.

Le nommé Belgery, âgé de quatre-vingt-six ans, serrurier, d'une taille élevée, d'une constitution sèche, a été admis à Bicêtre le 2 août 1827. Le 25 décembre 1834, il fut apporté dans mes salles avec des symptômes qui m'ont fait diagnostiquer une méningite et une bronchite double. Je n'ai pas conservé dans mes notes d'autres détails sur ce qui s'est passé pendant le séjour du malade dans mon service.

(1) *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, Paris, 1823, p. 398.

Lors de l'autopsie qui fut faite le 31 décembre, c'est-à-dire six jours après l'entrée du malade à l'infirmerie, voici ce que j'ai constaté :

A la partie supérieure et moyenne des hémisphères cérébraux, les deux feuillets de l'arachnoïde sont tellement adhérents qu'on ne peut les séparer sans les déchirer. A la partie externe et moyenne de l'hémisphère gauche, on trouve des caillots sanguins récents occupant un espace de la grandeur d'une pièce de cinq francs dont elles offrent à peu près l'épaisseur. Ces caillots adhèrent à la face pariétale de la séreuse à l'aide d'une fausse membrane mince et transparente qui les enveloppe de toutes parts. L'arachnoïde viscérale présente dans l'endroit correspondant une teinte rouge foncée. Partout elle est arborisée et friable. La dépression produite par les caillots sur le cerveau est peu prononcée. La substance corticale des circonvolutions de la superficie est sensiblement injectée; le cerveau et le cervelet sont sains. Les ventricules latéraux contiennent au moins six cuillerées d'une sérosité blanchâtre, sans dépôt; la membrane ventriculaire n'est ni rouge, ni granulée; le ventricule moyen et le quatrième ventricule sont vides. Le rachis n'a pas été ouvert; la muqueuse des grosses bronches est partout d'un rouge violacé. Rien de remarquable dans les autres organes.

Réflexions. Qu'on trouve des fausses membranes, des adhérences, du sang épanché en plus ou moins grande quantité dans la plèvre, dans le péricarde, dans le péritoine, on dira qu'il y a pleurésie hémorrhagique, péricardite hémorrhagique, péritonite hémorrhagique. Pourquoi ne dirions-nous pas que chez Belgery il y a eu une arachnitis hémorrhagique? Plus on étudie attentivement les maladies des membranes séreuses, plus on reconnaît que les altérations qu'elles peuvent subir sont, non pas analogues, mais semblables, identiques même, dans chacune d'elles. Celui qui connaît bien les diverses phases des lésions et produits pathologiques d'une séreuse peut hardiment appli-

quer cette connaissance à toutes les séreuses. Il n'en est plus de même des symptômes qui varient suivant les fonctions des organes que revêtent les différentes séreuses. Je conclus de là que le moment ne peut être éloigné, où on admettra des hémorrhagies ou apoplexies pleurétiques, péricardiques, etc., indépendantes de la phlegmasie de ces organes; ou bien, si l'on continue à n'admettre que des pleurésies, des péricardites hémorrhagiques, il faudra aussi ne voir qu'une arachnitis hémorrhagique dans ce qu'on appelle apoplexie méningée de la cavité arachnoïdienne. Je ne me crois pas en droit de trancher la question; elle est importante, car sa solution implique les indications thérapeutiques et le mode de traitement.

DIXIÈME OBSERVATION (1).

Chute sur la tête; céphalalgie violente et opiniâtre pendant un mois, stupeur, somnolence, coma, fièvre, pas de lésion ni du mouvement ni du sentiment, sauf la résolution de tous les membres dans les derniers moments de la vie. — Sang coagulé et formant une couche adhérente à l'arachnoïde pariétale.

La femme Daru, âgée de soixante-onze ans, de taille élevée, a été reçue, le 2 avril 1842, dans le service de M. Beau. Habituellement bien portante, cette femme était tombée un mois auparavant du haut d'une chaise, et le côté gauche de la tête avait été fortement contusionné. Depuis cet accident il existait une céphalalgie continuelle très intense que la malade ne pouvait rapporter à aucun point particulier.

Lors de son admission à l'Infirmerie, elle continue à se plaindre d'une céphalalgie gravative dans toute la tête; toutefois, lorsqu'on lui demande où elle souffre le plus, elle porte la main à la région frontale. Elle répond bien aux questions qu'on lui

(1) Observation recueillie dans le service de M. Beau, par M. Neucourt, interne.

adresse, mais avec une certaine lenteur. Elle n'accuse ni perte de la mémoire, ni embarras dans les idées. Nulle altération dans les fonctions sensoriales. Les membres jouissent de la motilité et de la sensibilité normales; les fonctions digestives s'exercent bien. Les urines sont rendues comme à l'ordinaire; respiration régulière; pouls à 60, un peu dur. (Boissons délayantes.)

Les jours suivants, l'état de la malade ne change pas d'une manière notable. La céphalalgie persiste au même degré avec une opiniâtreté remarquable; il s'y joint une légère stupeur. (Eau de Sedlitz.)

Le 8 avril : la malade a été toute la nuit dans un état de somnolence qui ne lui a permis de répondre que très imparfaitement aux questions qui lui étaient adressées. Ce matin elle répond avec assez de justesse, mais aussitôt qu'elle a cessé de parler elle ferme les yeux; céphalalgie violente; pas de lésion du mouvement ni du sentiment dans les membres; pas de déviation de la bouche. La malade voit bien, pupilles de grandeur ordinaire, mais peu contractiles; l'ouïe est conservée ainsi que le goût, langue brune sans sécheresse, selles et urines involontaires, respiration régulière, non bruyante, pas de chaleur à la peau. (Vésicatoire à la nuque.)

Le 9 au matin : même état de somnolence; la malade ne répond qu'à voix très basse et sans ouvrir les yeux. Quand on lui dit de presser la main qu'on lui présente, elle la presse également des deux mains; elle peut même porter celles-ci à la tête quoique lentement.

Le soir: coma profond, pupilles contractées non contractiles, peau chaude, pouls à 100. (Vingt sangsues derrière les oreilles.)

Le 10, la malade est mieux, une sueur abondante de tout le corps a ramené le calme dans le pouls, l'assoupissement est moindre, la malade répond bien aux questions qu'on lui adresse.

Le 12, le coma est revenu, respiration haute et stertoreuse, peau chaude, pouls fréquent, la malade entend mais ne parle

point; pas de lésion du mouvement ni du sentiment. (Petit-lait de Weiss, tartre stibié en lavage.)

Le 14: la malade a eu hier et avant-hier des selles très abondantes; ce matin elle transpire beaucoup; même état de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement. (Saignée de deux palettes, cataplasmes sinapisés.)

Le soir, le caillot de la saignée est volumineux et recouvert d'une couenne épaisse, peau chaude et toujours mouillée de sueur, pouls fréquent, coma profond, résolution des membres. (Trente sangsues derrière les oreilles), mort dans la nuit.

Autopsie trente heures après la mort.

Roideur cadavérique peu prononcée.

Les os du crâne offrent une épaisseur normale; adhérences nombreuses de la dure-mère avec la voûte crânienne. Lorsqu'on veut enlever cette enveloppe fibreuse, on enlève en même temps une couche de sang existant dans la partie correspondante à l'hémisphère gauche. Ce caillot noirâtre, n'offrant aucune altération particulière, s'étend en une couche uniforme qui a 2 ou 3 millimètres d'épaisseur au centre, et va sensiblement en diminuant sur les bords. Cette couche peut avoir 10 centimètres de longueur et de largeur. Du côté du cerveau, elle est limitée par une membrane mince et transparente qu'on peut soulever avec facilité et au-dessous de laquelle le caillot est à nu. A droite, on voit sur la dure-mère trois ou quatre taches ecchymotiques. La pie-mère cérébrale est plus injectée que de coutume; le cerveau, dans le point sur lequel reposait le caillot, est légèrement déprimé; la substance cérébrale est saine, sans la moindre trace d'injection. Les ventricules cérébraux contiennent à peine une cuillerée à café de sérosité limpide; cervelet et protubérance à l'état sain; quelques plaques laiteuses sur les artères de la base du crâne; cœur volumineux, mou, sans aucune altération aux valvules; rien d'anormal dans les autres organes.

Réflexions. Cette observation est particulièrement intéressante

en ce qu'on peut, en quelque sorte, suivre les effets de la cause qui a déterminé la maladie. Cette cause est une chute sur la tête, laquelle est suivie d'une céphalalgie violente. Celle-ci persiste pendant un mois et force la malade à entrer à l'Infirmerie. Elle y arrive sans fièvre, sans autre symptôme que la douleur qu'elle accuse à la tête. Bientôt une légère stupeur survient; elle est suivie de somnolence et de coma avec fièvre. Ces symptômes disparaissent par une application de sangsues derrière les oreilles. Le mieux dure deux jours, après lesquels l'état de la malade s'aggrave. Retour du coma et de la fièvre, respiration stertoreuse, résolution de tous les membres, mort. La compression, quoique circonscrite, n'a pas été assez forte pour déterminer une hémiplégie.

N'est-il pas très probable que l'arachnoïde, siége de la douleur depuis la chute, a exhalé, le 8 avril, une petite quantité de sang qui s'est accrue le 9, et a déterminé assez d'irritation sur la séreuse malade pour produire la fièvre. Il n'y a pas eu de soubresauts dans les tendons. Le 10, une évacuation sanguine par les sangsues derrière les oreilles a diminué la congestion et donné un peu plus de liberté au cerveau. Le 12, soit par le renouvellement de l'hémorrhagie, soit par le retour de la congestion cérébrale, les phénomènes de compression, tels que le coma et la résolution des membres ont annoncé un danger prochain. L'arachnoïde, déjà le siége d'une sub-inflammation par suite de la chute, paraît avoir éprouvé une véritable phlegmasie produite par le sang épanché. Ce qui autorise cette supposition, c'est, d'une part, l'apparition pendant les derniers jours de la fièvre qui n'existait pas lors de l'entrée de la malade à l'Infirmerie, et, d'une autre part, la couenne observée dans la saignée, couenne presque constante, comme on le sait, dans les inflammations des séreuses.

Le coma avait existé à plusieurs reprises sans entraîner la fin de la malade; mais, dans les derniers jours, il s'était accompagné de la résolution des membres et d'une respiration sterto-

reuse, signes à peu près certains, dans ces cas, de l'approche des derniers moments des malades. La mort a eu lieu six jours après que le sang a été exhalé dans la cavité de l'arachnoïde.

Ce temps a suffi pour qu'une séreuse de nouvelle formation ait enveloppé le caillot et l'ait rendu adhérent à l'arachnoïde pariétale. Nous allons voir le même phénomène se reproduire après cinq jours dans le fait suivant.

ONZIÈME OBSERVATION.

Vertiges; gêne légère de la prononciation; *céphalalgie*; *de temps en temps douleurs et engourdissements dans les membres inférieurs*; *paralysie progressive du côté droit sans perte de connaissance*; *non-déviation de la bouche*; *délire, stupeur, coma, mort. — Caillot du poids de* 100 *grammes dans la cavité de l'arachnoïde du côté gauche.*

Lefebvre, âgé de soixante-treize ans, tailleur, d'un extérieur délicat, admis à Bicêtre, le 5 juin 1830, entra à l'Infirmerie le 27 juin 1833. Depuis un an environ il ressentait de loin en loin de la douleur et de l'engourdissement dans les membres inférieurs; parfois il éprouvait des vertiges, et sa prononciation était moins libre. Aucun de ces accidents n'ayant de suite, le malade n'y prêta que peu d'attention. Lorsque je le vis pour la première fois le 28 juin au matin, il accusait une céphalalgie intense qu'il ne pouvait pas localiser; il se plaignait en outre de constipation. Du reste, toutes ses fonctions paraissaient dans l'état normal. (Tis. délay., lav. purg., ped., s.).

Les évacuations alvines devinrent faciles; il survint même un peu de diarrhée. La céphalalgie persista, mais à un degré beaucoup moindre. Pendant quinze jours, le malade ne me présenta aucun changement qui mérite d'être signalé.

Le 12 juillet, Lefebvre se plaint d'un mal de tête violent dont il ne peut déterminer le siége. Il dit sentir son bras droit plus faible et les mouvements y devenir plus difficiles. Je constate une

diminution assez notable de la sensibilité de ce côté. L'intelligence et les sens sont peu affectés. Le malade répond juste aux questions qu'on lui adresse, mais avec lenteur. La respiration est libre; le pouls, d'une fréquence ordinaire, est faible, facile à déprimer. L'auscultation du cœur confirme cet état du pouls. (Vingt-cinq sangsues sur le trajet des jugulaires, lavement avec le séné, cat., sinap. aux pieds; boissons délayantes.)

Le 13, le mal de tête persiste avec toute son intensité; la force est diminuée dans le membre inférieur droit qui ne peut être soulevé qu'avec beaucoup d'efforts de la part du malade. Le bras du même côté est privé de mouvement, la sensibilité n'est pas diminuée en proportion de la motilité. En effet, lorsqu'on pince les membres paralysés, le malade témoigne une sensation pénible, tandis que la difficulté à se soutenir et à saisir les objets est déjà extrêmement marquée. Du reste, la bouche n'est pas déviée, la langue sort droite. Lefebvre a des vertiges; ses idées sont troublées; la mémoire est faible et infidèle; les perceptions sont lentes; toutefois, les réponses sont justes; la langue est embarrassée; le malade manifeste une grande tendance au sommeil et une indifférence complète sur son état présent. Il essaie, à plusieurs reprises, de saisir les aliments avec le manche de sa cuillère. La soif est vive; il y a de l'anorexie, la langue est sèche et un peu rouge à sa pointe et à ses bords. Pouls peu fréquent, d'une petitesse remarquable; pas de chaleur à la peau. (Vésicat. à la nuque, lavem., purg. catap. sinap.)

Le 14, il y a eu un peu de délire pendant la nuit; la céphalalgie est un peu plus supportable, la langue est d'une grande aridité. Le pouls est accéléré, peu développé, un peu tremblant; peau sèche et chaude. A ces symptômes fébriles se joignent un air de stupeur et le larmoiement des yeux. Le malade a perdu complétement l'usage de son côté droit; le mouvement et la sensibilité ont complétement disparu; résolution complète des membres paralysés; le délire de la nuit a été suivi d'un état comateux dont on a beaucoup de peine à tirer le malade; respira-

tion non stertoreuse. (Six sangsues à chaque apophyse mastoïde; entretenir le vésic., lavem. purg., catap., sinap.)

Le 15 juillet : il n'y a pas eu de délire la nuit, mais l'état comateux est plus profond; il ne répond plus aux questions qu'on lui adresse, mais il fait comprendre par quelques signes qu'il entend encore. On observe une légère contracture du bras paralysé, pupille droite plus dilatée que la gauche; yeux fixes et dirigés en haut, soif vive, langue brune, déglutition difficile.

Le 16, le coma est au plus haut degré, la légère contracture du bras droit a fait place à une résolution complète; respiration embarrassée, irrégulière, déglutition impossible.

Le 17, le malade ne paraît plus rien entendre, il ne fait plus le moindre effort pour répondre; respiration stertoreuse; la langue et les lèvres sont recouvertes d'un enduit fuligineux; selles et urines involontaires. Mort dans la journée.

L'ouverture du cadavre fut faite quinze heures après la mort.

Le crâne n'offre rien de particulier, il est peu épais. La dure-mère présente ses conditions normales; seulement ses sinus sont gorgés de sang.

On incise d'abord d'avant en arrière la portion de la dure-mère, qui revêt l'hémisphère cérébral droit, et de la cavité arachnoïdienne de ce même côté s'écoule une quantité assez considérable de sérosité de couleur normale. On fend de la même manière l'autre portion de la dure-mère qui recouvre l'hémisphère gauche. L'instrument, au lieu de pénétrer librement dans la cavité de l'arachnoïde, se trouve arrêté par un corps qui présente de la résistance; une traction légère sur la dure-mère détruit quelques adhérences, et on parvient à renverser avec les lambeaux de cette membrane un vaste coagulum qui comprimait l'hémisphère gauche et qui a présenté à l'observation les caractères suivants :

Il offre une longueur d'environ 5 pouces sur une largeur de 3 pouces, et près d'un pouce d'épaisseur dans le point où celle-ci est le plus considérable; il s'étend, d'avant en arrière depuis la

suture qui unit le frontal au pariétal du côté gauche, jusque dans les fosses supérieures de l'occipital. Dans le sens transversal, il recouvre l'hémisphère gauche dans une étendue de 3 pouces, à partir de la faux cérébrale, laquelle présente une concrétion ossiforme développée dans le tissu cellulaire sous-séreux entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale. Cet épanchement est circonscrit; la cavité de l'arachnoïde ne contient dans ses autres parties aucune trace de sang. La tumeur signalée est aplatie, allongée, d'une couleur comparable à celle du tissu de la rate; une séreuse mince, de nouvelle formation, lisse, transparente, l'enveloppe de toutes parts; la lame pariétale et la lame viscérale de cette fausse membrane, après avoir recouvert le caillot, viennent se réunir sur les points où finit celui-ci. L'hémisphère cérébral gauche est notablement déprimé; en incisant le coagulum, on voit qu'il est formé par du sang en partie solide et fibrineux, en partie liquide et noir. La portion liquide est la plus rapprochée de l'arachnoïde pariétale.

L'espèce de gouttière imprimée sur l'hémisphère gauche offre une couleur de rouille. La pie-mère et l'arachnoïde viscérale de ce côté étaient imprégnées de sang; du reste, il était facile de les enlever sans les rompre.

Il a été impossible de constater la moindre trace de rupture d'un vaisseau sanguin.

Le reste de la masse encéphalique est sain; le cerveau est partout ferme et consistant; nulle part on ne trouve les altérations que laissent à leur suite les foyers hémorrhagiques.

Thorax. L'examen de la poitrine fait voir des vestiges d'une pleurésie dont le malade avait été atteint depuis son séjour à Bicêtre. Les poumons ne présentent aucune altération, non plus que le cœur.

Rien de digne d'être noté dans l'*abdomen*.

Réflexions. M. Rostan a dit que, dans certains cas, il y a une telle similitude entre les symptômes de l'apoplexie méningée et

ceux d'un ramollissement cérébral qu'il est impossible de distinguer ces deux maladies pendant la vie. Cette manière de voir, qui n'est fondée que pour un petit nombre de faits, paraît trouver ici sa confirmation. Après avoir ressenti pendant un an des douleurs et de l'engourdissement dans les membres, Lefebvre se plaint d'un céphalalgie intense, et bientôt, sans perdre connaissance, il éprouve une paralysie progressive du côté droit avec contracture. Ce sont bien là, en général, les symptômes et la marche du ramollissement cérébral.

Cependant je dois faire remarquer que Lefebvre a éprouvé dans le cours de sa maladie plusieurs symptômes qui appartiennent plus à la méningite qu'au ramollissement cérébral simple. C'est ainsi qu'on peut considérer le délire, la sécheresse de la langue, la chaleur de la peau, la frequence du pouls, la stupeur, le larmoiement des yeux, et le coma lui-même qui vient si souvent terminer la méningite.

L'existence de l'inflammation de l'arachnoïde dans l'hémorrhagie de cette membrane mérite toute notre attention, soit qu'elle précède l'apoplexie, soit qu'elle provienne de l'irritation produite sur la séreuse par le sang épanché. Chez Lefebvre, c'est cette dernière cause qui paraît avoir déterminé la méningite. En effet, le délire, la fièvre, etc., ne se sont montrés que deux jours après les signes de l'hémorrhagie.

L'état du sang, moitié solide et moitié liquide, s'accorde bien avec la paralysie progressive pour faire voir que celle-ci a été produite par des épanchements successifs.

On ne peut s'empêcher d'admirer ici, comme dans l'observation précédente, comment en un si petit nombre de jours la nature était parvenue à circonscrire le sang épanché, et à en préparer la résorption, s'il n'avait pas déterminé sur le cerveau une trop forte compression, et si l'irritation portée sur l'arachnoïde par la présence de cette espèce de corps étranger n'avait pas singulièrement aggravé l'état du malade. Cette dernière considération nous fournira une indication importante à remplir dans le

traitement de l'espèce d'apoplexie méningée qui nous occupe en ce moment.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Vertiges; céphalalgie non localisée; chaleur des téguments de la face et du front; somnolence; délire; guérison. Plus tard, perte de connaissance; hémiplégie incomplète à gauche sans déviation de la bouche. — Caillot ancien enveloppé dans une fausse membrane, et caillots récents dans la cavité de l'arachnoïde du côté droit.

Hournon, âgé de soixante-dix-neuf ans, journalier, d'une taille moyenne, d'une forte constitution, a été admis à Bicêtre le 18 juin 1824. Jouissant habituellement d'une bonne santé, Hournon se plaignait quelquefois de vertiges que devait faire craindre la coloration bleuâtre de la face. Le 4 septembre 1833, il fut pris, sans cause appréciable, d'une violente céphalalgie non localisée; la face était rouge; les téguments du front étaient chauds; les temporales battaient avec force; tendance marquée au délire et à la somnolence; respiration courte; battements du cœur d'une étendue et d'une force ordinaires; pouls à 72.

Rien d'anormal du côté des organes contenus dans le thorax et l'abdomen. Je diagnostiquai une méningite et je prescrivis: saignée de quatre palettes, lavement purgatif, application de compresses froides sur le front, boissons délayantes, diète absolue.

Le 5, le malade est moins accablé qu'hier, mais il y a du délire; les yeux sont brillants; langue sèche et brune, persistance de la céphalalgie, quoiqu'à un moindre degré, peau chaude, pouls à 80. (Vingt sangsues sur le trajet de chaque jugulaire, lavem. purgat., catap. sinap., diète absolue, boissons délayantes.)

Le 6, le malade n'a plus de délire, mais il conserve de la stupeur; il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse; face pâle et d'une température peu élevée; pouls à 70, respira-

tion libre, langue moins sèche. (Vésicatoire à la nuque, deux bouillons coupés, mêmes boissons.)

Le 7, l'amélioration persiste et augmente; le malade pourrait être regardé comme en convalescence s'il ne conservait une disposition à l'assoupissement; les yeux sont languissants, la langue est humide et blanche; retour de l'appétit, pouls à 70. (Entretenir le vésicatoire, deux bouillons, mêmes boissons.)

Les jours suivants, le malade revient de plus en plus à son état de santé ordinaire, quoique se plaignant encore d'un peu de pesanteur dans la tête.

Le régime fut augmenté graduellement, et, le 5 octobre suivant, Hournon devait retourner à sa division lorsqu'il fut pris tout-à-coup de céphalalgie, d'étourdissement, et perdit presque complétement connaissance. La face était rouge; pouls fort, sans fréquence; respiration légèrement stertoreuse; hémiplégie incomplète à gauche, sans déviation de la bouche, sans paralysie du sentiment. Une nouvelle saignée de quatre palettes fut pratiquée, mais sans un succès marqué. Le malade pouvait répondre aux questions qu'on lui adressait, mais il retombait de suite dans une somnolence accompagnée de *subdelirium*. Une troisième saignée fut faite; des sangsues au nombre de trente furent appliquées, à deux reprises, le long des jugulaires; des ventouses scarifiées furent posées à la nuque. Malgré l'emploi de ces moyens énergiques, la maladie continua ses progrès. La perte des mouvements des membres gauches persista sans augmenter; la sensibilité était conservée; la somnolence dégénéra en véritable coma, qui, après s'être accompagné de respiration stertoreuse, se termina par la mort, le 8 octobre 1833, à dix heures du matin, trente-quatre jours après le commencement de la première maladie, et trois jours seulement après le début de la seconde.

L'autopsie eut lieu le 9 à dix heures du matin.

Aussitôt que la dure-mère et l'arachnoïde pariétale furent incisées, on vit un caillot fibrineux, blanchâtre, lamelleux, du volume d'une forte noisette, logé dans une cavité formée aux

dépens d'une circonvolution du lobe moyen droit. Ce caillot, qui paraissait avoir été déposé déjà depuis plusieurs semaines, était enveloppé de toutes parts par une fausse membrane lisse, transparente, assez résistante, laquelle adhérait légèrement à l'arachnoïde viscérale dont la couleur n'était pas altérée. D'autres caillots, beaucoup plus récents, au nombre de plus de vingt, existaient autour de l'hémisphère droit et même à sa base. Plusieurs semblaient adhérer à l'arachnoïde viscérale, parce qu'ils étaient retenus en place par une fausse membrane fine et transparente qui les enveloppait. Les autres étaient libres, distincts les uns des autres. L'arachnoïde viscérale, partout très friable, était difficile à enlever : cependant on parvenait à la détacher par lambeaux sans enlever aucune parcelle de la substance corticale. Les ventricules ne contenaient qu'une petite quantité de sérosité limpide. Rien de remarquable d'ailleurs dans l'encéphale et le rachis; le cœur est volumineux sans offrir aucune lésion morbide; les poumons sont emphysémateux, aux bords antérieurs surtout; les plèvres, qui paraissent saines, contiennent quelques cuillerées de sérosité rougeâtre; les organes renfermés dans l'abdomen n'offrent rien à noter, si ce n'est un épaississement et une couleur ardoisée de la muqueuse gastrique.

Réflexions. Cette observation est extrêmement curieuse en ce qu'elle nous montre tout à la fois la guérison d'un cas léger d'apoplexie méningée intra-arachnoïdienne, et la mort suivant un cas plus grave de la même maladie. La guérison de la première attaque a été obtenue par un traitement antiphlogistique énergique, dirigé contre les symptômes d'une méningite. Un mois s'était écoulé depuis la première hémorrhagie, et nous trouvons le caillot non seulement enveloppé partout d'une fausse membrane, mais encore fibrineux, blanchâtre, et très probablement occupant déjà un espace beaucoup moindre que celle qu'il occupait d'abord.

Parmi les autres caillots, les uns étaient de seconde forma-

tion : c'étaient ceux qui, dans la cavité arachnoïdienne depuis trois jours, étaient recouverts de toutes parts par une fausse membrane extrêmement mince; d'autres caillots, enfin, de troisième formation étaient libres, sans aucune apparence de fausse membrane.

La première hémorrhagie a été peu considérable, et n'a amené aucun phénomène de compression, si ce n'est de la stupeur, et une somnolence qui, malgré un traitement actif, a persisté pendant plus de huit jours, et a été remplacée par de la pesanteur de tête.

La seconde hémorrhagie a été accompagnée ou suivie de la plupart des symptômes que nous avons notés dans les précédentes observations. Ainsi, j'ai constaté de la céphalalgie, des vertiges, une perte presque complète de connaissance, la rougeur et la chaleur de la face et du front, une hémiplégie à gauche, de la somnolence accompagnée de subdélirium, la respiration stertoreuse, le coma. Le succès d'un premier traitement antiphlogistique a autorisé l'emploi de saignées répétées, lesquelles n'ont pu arrêter ni les symptômes de compression ni la marche de la maladie vers une terminaison prompte et funeste.

Je crois devoir rapprocher de ce fait un cas probable de guérison d'apoplexie méningée dont voici l'observation.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Céphalalgie; vertiges; perte subite de connaissance; rougeur et chaleur de la face et du front; pas de déviation de la bouche; hémiplégie du côté gauche; insensibilité de tout le corps; délire tranquille. — Guérison par un traitement antiphlogistique.

Aizelin, âgé de soixante-dix ans, ex-employé, est d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin; entré à Bicêtre en 1830, il a éprouvé de temps en temps depuis cette époque de la céphalalgie et des étourdissements. Le 7 septembre 1833, Ai-

selin perd tout-à-coup connaissance, et est apporté à l'infirmerie. La face et la tête sont très injectées et très chaudes; les pupilles, également contractées, ne sont pas contractiles; la bouche n'est pas déviée. Le malade ne voyant pas et n'entendant pas ce qu'on lui dit, on ne peut obtenir de lui qu'il allonge la langue. Le bras gauche et la jambe gauche sont dans une résolution presque complète; insensibilité absolue de toutes les parties du corps; pouls petit et fréquent (à 95). (Vingt-cinq sangsues sur chaque jugulaire; lavem. purg., catapl. sinap.)

Le 8 septembre, le malade ne peut encore ni ouvrir les yeux ni répondre aux questions qu'on lui adresse : cependant il paraît entendre. La tête, moins injectée, est encore chaude; le malade peut avaler quelques cuillerées de boisson; la paralysie du mouvement est moins marquée; la sensibilité est rétablie partout, même dans les parties paralysées; les selles et les urines sont rendues volontairement; le pouls moins fréquent et toujours petit. (Trente sangsues derrière les oreilles; 5 centigrammes de tartre stibié en lavage.)

Le 9, les sangsues ont beaucoup coulé. Aizelin ouvre les yeux, quoiqu'avec peine; il répond aux questions qu'on lui fait, mais de manière à prouver qu'il est dans un délire tranquille; la tête est moins chaude; la face est pâle; la déglutition devient plus facile; il reste à peine trace de l'hémiplégie. (Boissons délayantes; lavem. purg.)

Le 10, le délire a presque entièrement disparu ; mais le malade accuse de la pesanteur, surtout à la partie postérieure de la tête; du reste, toutes les fonctions s'exécutent avec facilité. (Même prescription; bouillon.)

Les jours suivants le malade va de mieux en mieux, se plaignant encore d'une céphalalgie occipitale qui n'a cessé entièrement qu'après plusieurs semaines.

Aizelin est retourné à sa division, bien portant, le 23 novembre 1833.

Réflexions. La maladie d'Aizelin n'a été ni un ramollissement cérébral, ni une hémorrhagie dans la substance du cerveau; parce que l'hémiplégie a été de trop courte durée, parce que les deux pupilles ont été affectées, parce que les deux côtés du corps ont été privés du sentiment, parce qu'il n'y a pas eu de déviation de la bouche, déviation fréquente dans l'apoplexie cérébrale, très rare dans l'apoplexie méningée.

Était-ce une congestion cérébrale ou un coup de sang? On ne peut nier aussi positivement, dans ce cas, l'existence d'un coup de sang que celle de l'hémorrhagie cérébrale. Cependant, dans un coup de sang, les symptômes de paralysie disparaissent presque aussitôt que la connaissance se rétablit. Ici, ils ont persisté, quoiqu'en diminuant, pendant trois jours. Dans le coup de sang, il n'est pas ordinaire que le malade ait le délire quand il reprend connaissance.

Enfin, après un coup de sang, la tête est le plus souvent entièrement libre; chez Aizelin, au contraire, il y a eu pesanteur de tête et céphalalgie occipitale opiniâtre.

La non-contractilité des deux pupilles, l'insensibilité momentanée de tous les membres, la perte subite de connaissance, la non-déviation de la bouche, la disparition progressive, en trois jours, de l'hémiplégie, le délire qui a duré deux jours, la persistance, pendant plusieurs semaines, de la pesanteur de tête et d'une douleur intense à l'occiput, sont autant de symptômes qui s'accordent parfaitement pour établir qu'Aizelin a eu une hémorrhagie méningée dont le sang s'est répandu sur les deux hémisphères, et particulièrement sur l'hémisphère droit.

L'existence de la fièvre, du délire, d'une hémiplégie, symptômes incomparablement plus fréquents dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne que dans l'hémorrhagie qui a lieu dans la cavité sous-arachnoïdienne, me fait penser qu'Aizelin a eu une apoplexie méningée intra-arachnoïdienne.

La première évacuation sanguine a diminué la compression non pas de manière à permettre au malade de répondre, mais

assez pour qu'il commençât à entendre; une seconde évacuation sanguine, plus abondante, détermine un progrès notable: le malade voit, entend et parle, mais sa raison est chancelante. Enfin, l'amélioration continuant, Aizelin revient à peu près à son état ordinaire, sauf de la pesanteur de tête et une céphalalgie occipitale qui dépendent de la présence dans la cavité arachnoïdienne de coagulum trop peu considérable pour déterminer des accidents de compression, irritant encore trop l'arachnoïde pour qu'il n'y ait pas pesanteur de tête et céphalalgie.

Je ne prétends pas imposer aux autres l'opinion que je me suis faite de cette maladie; on reconnaîtra au moins que si mon interprétation n'est pas d'une vérité incontestable, elle est d'une grande vraisemblance.

QUATORZIÈME OBSERVATION (1).

Congestions cérébrales fréquentes ; perte subite de connaissance; chute; hémiplégie à gauche, et paralysie de la troisième paire du côté droit. — Diminution marquée des accidents à la suite d'une saignée. — Retour et accroissement de la paralysie; somnolence, coma, mort. — Vaste caillot sanguin dans la cavité arachnoïdienne du côté droit.

Le 16 juin 1842, a été admise à l'infirmerie de la Salpêtrière la nommée Lucas, veuve Cazier, âgée de soixante-seize ans, cardeuse de matelas, taille moyenne, constitution encore robuste, tempérament sanguin, ou bien proportionné; sujette depuis plusieurs années à des congestions cérébrales, mais n'ayant jamais eu d'apoplexie et ne portant aucune trace de paralysie; ses deux yeux ont été droits jusqu'au début de la maladie.

Peu de jours avant l'invasion de celle-ci, cette femme avait

(1) Observation recueillie dans le service de M. Bouvier, par M. Blin, interne.

accusé des étourdissements et un peu d'incertitude dans la marche. Comme ces accidents ne constituaient pour elle qu'un léger malaise, sans douleur aucune, elle n'y fit pas attention.

Le 16 juin au matin, la malade fut trouvée renversée près de son lit, ayant à ses côtés un vase de bois contenant de la soupe, et à moitié vidé par la chute. Celle-ci paraissait s'être faite graduellement, et personne ne s'en était aperçu; néanmoins, il y a sur la bosse frontale droite du blanc qui prouve que la tête a porté sur le sol. L'interne de garde fait porter de suite cette femme à l'infirmerie, et lui pratique une saignée du bras de 360 grammes.

A l'heure de la visite, elle était couchée moitié en supination et moitié sur le côté gauche, sans mouvement et sans connaissance. La face est rouge, la tête chaude; les yeux sont fermés; la respiration est facile et régulière comme pendant un bon sommeil. Les battements du cœur n'offrent rien d'anormal; le pouls est plein et résistant; il n'y a point eu de déjections involontaires. La commissure droite est légèrement attirée en haut et en dehors; le malade ne fume pas la pipe; les membres du côté gauche sont sans mouvement; et si, à l'aide d'un pincement violent et prolongé, on parvient à provoquer de la douleur, c'est du côté droit qu'elle s'exprime. Cette insensibilité incomplète du côté gauche, bien limitée sur la ligne médiane et dans toute sa longueur, a envahi les muqueuses nasale, oculaire et buccale. La malade, qui ne peut ni voir ni entendre, est dans un état de résolution générale dont elle ne sort que pour échapper, par des mouvements lents et mal assurés, à la douleur du pincement et de la piqûre. (Sinap., boissons délayantes, applications froides.)

Le 16, à la visite, la connaissance n'est pas revenue; l'état des mouvements et de la sensibilité est le même; le pouls est plus fréquent (à 95), large et résistant. La langue ne peut être tirée; elle est naturelle d'ailleurs; le ventre est indolent, aplati et mou. (Saignée, lavem. purg., applications froides.)

La saignée n'ayant donné que deux palettes, trente sangsues furent appliquées aux apophyses mastoïdes.

Vers trois heures après-midi, la connaissance est un peu revenue; les symptômes de paralysie persistent.

Le 18, les sangsues appliquées la veille ont coulé abondamment. La connaissance est complète : cependant la malade parle avec difficulté ; la face est moins rouge, la tête est moins chaude. L'œil gauche est ouvert, mais le droit demeure fermé. On soulève la paupière, elle retombe; en la maintenant soulevée, on aperçoit l'œil droit fixé en dehors et presque immobile (strabisme divergent). Si on engage la malade à mouvoir cet œil, elle ne peut le porter ni en haut, ni en bas, ni en dedans (paralysie de la troisième paire). M. Bouvier insiste davantage, et il obtient un mouvement en bas, peu étendu il est vrai, mais évident, et cela à plusieurs reprises. Ce mouvement est attribué par M. Bouvier au muscle grand oblique.

On observe dans les mouvements et la sensibilité des membres du côté gauche une telle amélioration que, sans un peu d'attention, on pourrait se méprendre sur le côté primitivement affecté. Une amélioration aussi brusque et aussi marquée nous fit pencher vers l'existence d'une affection des méninges plutôt que d'une rupture de la pulpe cérébrale.

L'hémiplégie faciale et la paralysie de la langue persistaient et étaient d'autant plus évidentes que, la connaissance étant revenue à la malade, on pouvait beaucoup mieux les apprécier. Céphalalgie, pouls calme, chaleur modérée. (Lim. cit., lavement simple, pédil. sinap.)

Du 19 au 21, état à peu près stationnaire; un peu de somnolence et d'hébétude lorsque la malade est entièrement éveillée; langue sèche, pouls calme. (Même traitement, potages.)

Le 22, il y a eu un peu de fièvre hier soir et un peu d'agitation la nuit; ce matin, la face est plus injectée, la tête plus chaude, la parole plus embarrassée. L'état des forces ne permet pas les évacuations sanguines. (Deux verres d'eau de Sedlitz.)

Le 23, légère amélioration; il y a un peu moins d'hébétude; la langue est moins sèche. (Deux verres d'eau de Sedlitz, potages.)

Du 24 au 28, même état; il y a de temps en temps un peu de fièvre et d'agitation.

Le 29, vomissements ce matin; la malade porte la main à la tête; agitation, fièvre. La paralysie du bras et de la jambe gauche paraît avoir augmenté. (Vingt sangsues aux apophyses mastoïdes, sinapismes, lavem. huileux, applications froides sur la tête.)

A dater de cette époque, la position de cette femme est devenue de plus en plus fâcheuse : accès de fièvre plus fréquents et plus forts, langue et lèvres recouvertes d'un enduit brunâtre et desséché par plaques, adynamie profonde, escarre au sacrum; enfin, le 10 juillet, et malgré les soins les plus attentifs, mort dans le coma et le marasme.

Autopsie trente heures après la mort. Rien d'anormal dans le *thorax* et l'*abdomen*.

Encéphale. Le péricrâne étant enlevé, on ne remarque pas de fracture aux os du crâne. L'adhérence de la dure-mère est très intime; après qu'elle est détruite, on voit beaucoup de sang suinter sous forme de gouttelettes à la face externe de cette membrane; ses vaisseaux sont gorgés de sang.

La dure-mère étant incisée et développée de tous côtés, on observe ce qui suit :

Teinte rouge clair uniforme à la face interne de la dure-mère (arachnoïde pariétale), dans tout le côté droit; au milieu de cette teinte, qui ne s'efface pas par le lavage, on remarque quelques vaisseaux capillaires plus développés qu'à l'ordinaire; cette membrane est recouverte au niveau de l'occipital, du temporal et du pariétal d'un vaste caillot sanguin, ayant environ 2 millimètres d'épaisseur à son centre, un peu plus mince vers ses bords, qui lui donnent la forme d'un ovale assez régulier. Le bord supérieur de ce caillot est au niveau de la bosse pariétale

droite, l'inférieur se perd sur le rocher et sur la tente du cervelet; en arrière, l'épanchement s'étend jusqu'au confluent des sinus, et, en avant, jusqu'à la partie antérieure de l'oreille.

Le caillot est adhérent à l'arachnoïde pariétale et libre d'adhérence à son autre face. Si on examine la face libre, on y remarque quelques points blancs et nuageux; ailleurs on distingue parfaitement bien la couleur rouge foncé du caillot; avec la pointe d'un scalpel on peut partout soulever une membrane très mince, assez adhérente, et facile à déchirer jusque sur les bords de la concrétion sanguine. Quelque soin qu'on y mette, il est impossible de suivre la fausse membrane jusque sur la face opposée; toutes les tentatives n'aboutissent qu'à détruire des adhérences très intimes, et qui se dessinent sous forme de filaments, dont les uns sont rouges et les autres incolores. Ces filaments se brisent par la traction, sans laisser sur l'arachnoïde de traces visibles.

Cette membrane a conservé son aspect ordinaire, nacré et luisant, sur toute la surface qui était cachée par l'épanchement sanguin. Si on examine maintenant la face adhérente du caillot, on ne peut plus soulever avec le scalpel une membrane continue; ce ne sont plus que des filaments, les uns plus larges et plus longs, les autres plus minces et plus courts. Ces filaments sont des débris de la fausse membrane enveloppant le caillot du côté de l'arachnoïde pariétale.

Le caillot est dense, fibrineux; il ressemble pour l'aspect et la consistance au caillot d'une saignée.

Il y a dans la cavité de l'arachnoïde un peu plus de sérosité que dans l'état normal; cette sérosité est un peu rouge.

Dans la fosse cérébrale moyenne du côté gauche on trouve un petit épanchement sanguin qui a l'étendue d'une pièce de cinq francs; il ne forme pas un caillot continu; il adhère à l'arachnoïde pariétale, qui offre à son pourtour une teinte rosée semblable à celle qui a été décrite sur le côté opposé; du reste, on n'aperçoit aucune fausse membrane.

Un autre petit épanchement sanguin occupe la gouttière basilaire; il est également concrété, adhérent à l'arachnoïde pariétale, plus épais et plus étendu à droite qu'à gauche. En avant, il atteint la selle turcique, en arrière il se perd sur la gouttière. C'est cet épanchement qui paraît avoir comprimé le nerf de la troisième paire du côté droit.

L'arachnoïde viscérale est partout lisse et transparente; toutefois la partie de cette membrane qui était en contact avec l'épanchement primitif, présente une coloration rouge qui paraît due à l'imbibition. A travers l'arachnoïde on aperçoit un grand nombre de vaisseaux d'un calibre plus ou moins fort, et des capillaires gorgés de sang. La pie-mère est infiltrée d'un liquide transparent, et qui s'écoule facilement lorsque les membranes sont divisées.

L'enlèvement des membranes a lieu sans difficulté, sans entraîner de substance corticale; celle-ci a une coloration grise tirant sur le rouge.

La substance blanche des hémisphères a sa consistance ordinaire; elle paraît plus injectée que dans l'état sain; il en est de même des parties centrales et du cervelet, qui n'offrent d'ailleurs aucune lésion.

Les artères de la base du cerveau présentent de nombreux points d'ossification. On ne peut trouver aucune rupture, aucune déchirure.

Réflexions. Le soin extrême avec lequel ont été recueillis les détails symptomatiques et anatomiques de ce fait intéressant va nous permettre de comparer les lésions et les symptômes.

Du sang, en grande quantité, s'épanche sur l'hémisphère droit du cerveau et sur l'hémisphère cérébelleux du même côté. — Perte de connaissance; paralysie complète du mouvement, incomplète du sentiment, du côté gauche.

En même temps, un autre épanchement sanguin a lieu également dans la cavité de l'arachnoïde sur la gouttière basilaire; il

s'étend à gauche et à droite, mais plus à droite. De là compression du nerf de la troisième paire du côté droit et strabisme divergent *du même côté*. De là aussi compression des fibrilles nerveuses de la cinquième paire du côté gauche, et paralysie, *du même côté*, de la sensibilité des muqueuses oculaire, nasale et buccale, perte de l'ouïe, de la vue, et très probablement du goût et de l'odorat du côté gauche.

A partir du quatrième jour après l'épanchement sanguin, la céphalalgie, la sécheresse de la langue, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, l'agitation (ou délire) de la nuit, la rougeur et la chaleur de la face et de la tête, annoncent que l'arachnoïde, irritée par le sang qu'elle contient, s'enflamme et réagit sur toute l'économie. (Cette inflammation a été constatée, à l'autopsie, par l'injection très fine et la friabilité de l'arachnoïde à droite.)

La maladie reste stationnaire ou présente même une légère amélioration pendant environ huit jours; mais alors un vomissement, une céphalalgie plus intense, l'augmentation de l'hémiplégie gauche, manifestent une recrudescence de la maladie. N'est-ce pas à cette époque qu'il faut reporter le petit épanchement trouvé dans la fosse cérébrale moyenne?

La fausse membrane qui enveloppe le caillot principal, la consistance de celui-ci, l'absence de sang à l'état liquide, tout concourt à établir que le coagulum trouvé au-dessus des hémisphères cérébral et cérébelleux du côté droit était *âgé* de vingt-quatre jours.

Le caillot ou plutôt les caillots de la fosse cérébrale moyenne qui adhéraient à l'arachnoïde pariétale, mais qui étaient loin d'avoir la consistance des deux autres, étaient dans des conditions qui autorisent à penser que, réellement, le sang dont ils étaient formés avait pu être épanché douze jours avant la mort.

Un mot maintenant sur le traitement : une saignée de 360 grammes est faite au moment même où l'apoplexie vient d'avoir lieu, et cependant elle ne peut rétablir la connaissance,

tant est grande la compression. Deux autres évacuations sanguines permettent enfin au cerveau de reprendre incomplétement ses fonctions. Bientôt se manifestent les symptômes de l'arachnitis consécutive. Il est bien à regretter que la faiblesse de la malade ait contre-indiqué l'emploi des moyens propres, sinon à enlever entièrement la phlegmasie, au moins à mettre la séreuse dans les conditions les plus favorables à la résorption. Une amélioration légère et trompeuse a lieu pendant quelques jours; mais ensuite la fièvre et le délire reviennent et persistent. La malade tombe progressivement dans la somnolence et le coma que nous avons toujours vus précéder la mort dans l'apoplexie méningée.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Mort subite par exhalation sanguine dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale et de l'arachnoïde rachidienne.

Le nommé Grivot, âgé de soixante-treize ans, grand et mince, est entré à Bicêtre le 15 octobre 1832; le 3 avril 1834, il a été apporté dans mon service quelques minutes après qu'il venait d'être frappé de mort subite. Je ne l'ai pas vu à l'infirmerie. Voici ce que j'ai constaté le lendemain matin, à l'amphithéâtre, quinze heures environ après la mort.

Habitude extérieure. Tous les téguments sont également pâles; raideur cadavérique prononcée.

Au moment où on incise la dure-mère et l'arachnoïde pariétale, il s'échappe une grande quantité de sérosité très sanguinolente que j'évalue à 60 grammes. Une quantité au moins égale du même liquide existait dans la cavité arachnoïdienne du rachis. Les deux feuillets de l'arachnoïde cérébrale ont conservé leur aspect et leur couleur ordinaires; il en est de même pour le feuillet pariétal de l'arachnoïde rachidienne. Quant au feuillet viscéral, au contraire, il est dans toute son étendue très injecté, très arborisé, et piqueté de rouge. Le lavage, sous un filet d'eau,

ne diminue en rien ces traces de congestion inflammatoire. Il est très probable que c'est de là que le sang s'est échappé pour se répandre dans toute la cavité de l'arachnoïde. La pie-mère rachidienne offre un réseau vasculaire gorgé de sang. Toutefois le liquide céphalo-spinal, dont on peut recueillir environ 50 grammes, c'est-à-dire sa quantité physiologique, est complétement incolore.

Le cerveau et la moelle sont dans l'état normal; les ventricules cérébraux ne renferment que quelques grammes de sérosité limpide. Il est impossible de trouver une lésion de quelque importance dans les autres organes.

Réflexions. Le liquide céphalo-spinal existait en quantité ordinaire; il existait, de plus, 120 grammes au moins de sérosité très sanguinolente, quoique ne contenant pas de caillots, dans la cavité de l'arachnoïde. De là est résultée une compression du cerveau et de la moelle qui paraît avoir précipité la mort du malade. Il serait difficile de décider si, dans ce cas, la mort a eu lieu par le cerveau ou par la moelle. Si elle doit être rapportée à la moelle, il faut admettre que, la partie supérieure de celle-ci ayant été comprimée, la respiration a été interrompue, et que la vie n'a pu continuer. Si, au contraire, on attribue la mort à une compression du cerveau, on pourrait se demander ici, comme dans la quatrième observation, si on n'a pas hâté la fin du malade en le plaçant dans une position horizontale, et en facilitant ainsi l'accumulation du liquide morbide dans la portion supérieure de la cavité arachnoïdienne du cerveau.

SEIZIÈME OBSERVATION.

Perte subite de connaissance, déviation de la bouche à droite, paralysie du mouvement, non du sentiment des membres droits. — Ramollissement de la couche optique gauche; kystes contenant du sang grumeleux existant à gauche et à droite dans la cavité de l'arachnoïde.

Le nommé Merlin, âgé de soixante-quatorze ans, d'une taille élevée, d'un embonpoint médiocre, entré à Bicêtre le 28 avril 1834, perdit tout-à-coup connaissance le 18 mai de la même année, et tomba dans la cour de l'hospice. On le releva, et on s'aperçut qu'il était paralysé du côté droit. Apporté à l'infirmerie, il présenta l'état suivant:

Le malade a repris sa connaissance; face pâle, bouche déviée à gauche, pupilles également contractiles des deux côtés, paralysie du mouvement dans le bras et dans la jambe du côté droit, lesquels ont conservé leur sensibilité ordinaire, pouls dur, à 72, respiration naturelle, somnolence. (Saignée de quatre palettes, révulsifs sur les extrémités inférieures et sur le canal intestinal.)

La bouche a repris sa rectitude après la saignée, mais la paralysie des membres droits a persisté. Plusieurs applications de sangsues sur les jugulaires, des purgatifs fréquents n'ont amené aucun changement remarquable. Le malade n'a pas eu de délire, mais il a continué à éprouver une somnolence opiniâtre qui, dans les derniers jours, est devenue un véritable coma. Le 31 mai, j'ai pu constater la résolution des membres paralysés. Le malade est mort le même jour.

Ouverture du cadavre seize heures après la mort.

Je trouvai dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale, à droite et à gauche, des fausses membranes adhérentes à l'arachnoïde pariétale. Ces fausses membranes, que j'ai pu compter jusqu'au nombre de huit, et qui offraient une étendue, variant de 4 à 8 lignes de diamètre, étaient assez résistantes. Enlevées, déve-

loppées et examinées à contre-jour, elles étaient d'un blanc gris, et ne présentaient pas de vaisseaux sanguins apparents. Vues en place, elles constituaient des kystes fermés de toutes parts et contenant du sang grumeleux, reste d'une plus grande quantité déjà résorbée, ce qui leur donnait un aspect rougeâtre. Les parties de l'arachnoïde auxquelles elles adhéraient n'étaient pas injectées et n'avaient pas perdu leur poli.

L'arachnoïde viscérale n'était nullement altérée.

Le réseau de la pie-mère et les ventricules latéraux ne contenaient qu'un peu de sérosité limpide.

La pie-mère s'enlevait assez facilement sur toute la surface cérébrale, sauf à la partie externe de la couche optique gauche, où il existait, dans l'étendue d'un pouce, un ramollissement blanc. On pouvait voir, à l'aide d'un filet d'eau, que ce ramollissement ne pénétrait guère qu'à 2 lignes de profondeur. La substance cérébrale ambiante n'était nullement injectée. Les autres parties de l'encéphale, la moelle et ses membranes étaient dans l'état normal.

Le cœur n'était pas hypertrophié. Les deux lobes inférieurs du poumon droit présentaient les caractères d'une pneumonie au 2^{e} degré, pneumonie qui, pendant la vie, était restée tout-à-fait latente.

Réflexions. Disons d'abord que cette observation nous présente le cas si fréquent d'une pneumonie à marche insidieuse, venant compliquer chez le vieillard une affection cérébrale qui, seule, semblait devoir appeler l'attention. Si cette pneumonie n'a pas été la cause de la mort, elle a certainement contribué à précipiter celle-ci.

L'hémiplégie subite du côté droit doit être rapportée au ramollissement de la couche optique gauche. On sait maintenant par de nombreuses observations que l'invasion brusque de la paralysie est très fréquente dans le ramollissement cérébral.

Ces circonstances, quelque importance qu'elles puissent avoir,

ne sont pas ce qui doit nous intéresser en ce moment. Nous ne devons voir dans ce fait qu'un nouvel et bel exemple du mode suivi par la nature pour la résorption du sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde. Il est fâcheux que le défaut de renseignements sur les antécédents du malade nous empêche de connaître la date de l'épanchement.

CONCLUSIONS.

L'étude à laquelle je viens de me livrer prouve qu'il n'est jamais indifférent de confondre ou de considérer d'une manière isolée des maladies ayant un siége anatomique distinct. Il pourrait sembler, au premier abord, que, quand du sang est épanché à la surface du cerveau, il agira de la même manière, soit que l'hémorrhagie ait eu lieu entre l'arachnoïde et la pie-mère, soit qu'elle se soit opérée dans la cavité même de l'arachnoïde; il n'en est cependant point ainsi: de ces deux siéges divers résultent deux maladies différentes sous le rapport des caractères anatomiques, des symptômes de la marche, de la terminaison et du traitement.

Caractères anatomiques. Les hémorrhagies entre l'arachnoïde et la pie-mère proviennent, dans la moitié des cas au moins, de ruptures artérielles ou veineuses, comme le prouvent les quinze faits de lésions vasculaires évidentes, parmi vingt-quatre faits d'apoplexie méningée sous-arachnoïdienne que peut posséder la science.

Dans l'apoplexie méningée intra-arachnoïdienne, le sang n'est jamais épanché que par exhalation.

Dans l'apoplexie sous-arachnoïdienne de l'encéphale, le sang se répand avec le liquide céphalo-spinal dans les cavités ventriculaires du cerveau, dans la cavité sous-arachnoïdienne du rachis; de là, pour le liquide céphalo-spinal, une coloration plus ou moins rougeâtre, et des qualités morbides qui peuvent lui donner une action très irritante sur les parties avec lesquelles il est en contact.

Le sang versé dans la cavité de l'arachnoïde ne rencontre rien d'analogue au liquide céphalo-spinal, pour l'entraîner loin du point d'origine de l'hémorrhagie. C'est sur l'arachnoïde seule, et ordinairement au voisinage de l'endroit où l'hémorrhagie s'est opérée, que le sang paraît agir. Jamais il ne teint en rouge ou n'altère de toute autre manière le liquide céphalo-spinal, avec lequel il n'a aucune communication.

Le sang contenu dans la cavité sous-arachnoïdienne n'a jamais été trouvé revêtu d'une fausse membrane.

Toujours, au contraire, le sang renfermé dans la cavité de l'arachnoïde a présenté cette fausse membrane, pourvu qu'il y eût séjourné pendant quatre à cinq jours.

Dans les cas d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, même à marche intermittente, on n'a pas signalé de différences assez sensibles dans l'aspect et la consistance des caillots, pour établir qu'il y en eût de divers *âges*.

On a pu le faire assez facilement dans plusieurs cas d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne.

Le sang épanché, qui est peu ou point adhérent aux parois de la cavité sous-arachnoïdienne, est, en général, très adhérent aux parois, et surtout à la paroi supérieure de la cavité arachnoïdienne.

Les observateurs n'ont rencontré dans la cavité sous-arachnoïdienne ni kyste ayant contenu ou contenant du sang résorbé en totalité ou en partie, ni toute autre trace indiquant la guérison d'une apoplexie méningée sous-arachnoïdienne.

MM. Riobé, Calmeil, Abercrombie, ont vu dans la cavité de l'arachnoïde des kystes contenant encore ou du sang, ou des traces de sang, qu'ils ont considérés avec raison comme indiquant la guérison d'apoplexies méningées intra-arachnoïdiennes. La seizième observation rapportée dans ce mémoire offre un fait du même genre.

Ces rapprochements, reposant sur des faits positifs et déjà assez nombreux, suffiront pour démontrer les différences que

nous présentent les caractères anatomiques de l'apoplexie méningée sous-arachnoïdienne, et ceux de l'apoplexie méningée intra-arachnoïdienne.

Symptômes. Dans l'apoplexie sous-arachnoïdienne, la *paralysie* se montre rarement; on ne l'a constatée que trois fois sur douze cas de ruptures artérielles; jamais on ne l'a observée dans les déchirures des sinus. Jamais, non plus, on ne l'a vue chez les malades qui avaient eu une hémorrhagie par exhalation.

Dans les huit cas d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne que j'ai recueillis, six fois il y a eu paralysie plus ou moins complète du mouvement. La paralysie du sentiment est beaucoup plus rare.

Aucun des faits d'apoplexie sous-arachnoïdienne recueillis par moi, au nombre de six, ne nous offre une *perte subite de connaissance.*

Dans les huit observations d'apoplexie intra-arachnoïdienne contenues dans ce mémoire, trois fois seulement il y a eu perte subite de connaissance; encore faut-il ajouter que dans un de ces trois cas, la mort a été immédiate.

La *somnolence* et le *coma* se montrèrent à peu près constamment vers la fin de l'une et de l'autre maladie; mais dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, ces deux symptômes ne sont ordinairement précédés ou accompagnés que de malaise, d'affaissement, de rougeur et de chaleur des téguments de la face et du crâne. Dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, on rencontre presque toujours la céphalalgie, la sécheresse de la langue, de la fièvre, du délire. La lecture attentive des observations contenues dans ce travail ne permet pas de douter que ces symptômes qui caractérisent l'apoplexie méningée arachnoïdienne, ne suivent le développement de l'inflammation de l'arachnoïde, due tantôt à la congestion qui a produit la maladie, tantôt, et plus souvent, à l'irritation déterminée par la présence du sang dans la cavité de l'arachnoïde.

Ici, on ne peut s'empêcher de faire une remarque digne de

l'attention du praticien. Du sang épanché, même en grande quantité, dans la cavité sous-arachnoïdienne, du sang qui conséquemment est en contact avec la pie-mère, peut bien diminuer les facultés intellectuelles, mais il ne les pervertit pas; en un mot, il ne produit pas le délire. Il en est tout autrement du sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde; il est rare qu'il séjourne plus de quatre jours dans cette cavité sans provoquer le délire. On doit se rappeler que c'est aussi vers cette époque que le caillot est constamment recouvert d'une fausse membrane.

Si, maintenant, nous voulons comparer les symptômes de l'apoplexie méningée avec ceux de l'apoplexie de la pulpe cérébrale, nous verrons que les deux symptômes essentiels de cette dernière, la perte subite de connaissance et la paralysie, sont loin de se retrouver avec la même constance dans l'apoplexie des méninges.

La perte subite de connaissance n'a existé que deux fois dans mes quatorze observations.

La paralysie du mouvement a existé dans six cas d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne; mais elle n'a pas, en général, été aussi complète que dans l'hémorrhagie de la pulpe; très rarement et très passagèrement elle s'est accompagnée de la paralysie du sentiment.

La déviation de la bouche, si fréquente dans l'apoplexie de la pulpe, ne s'est montrée qu'une fois dans mes quatorze cas d'apoplexie méningée, et encore chez une malade qui avait eu antérieurement une hémorrhagie de la pulpe cérébrale.

La paralysie du mouvement, qui guérit si rarement chez le vieillard quand la pulpe cérébrale a été déchirée par une hémorrhagie, peut, au contraire, disparaître entièrement et sans laisser aucune trace quand elle dépend d'une apoplexie méningée.

Je dois répéter ici que la somnolence et le coma, par leur persistance, par leur intensité, constituent un des principaux caractères de l'apoplexie méningée.

Je répéterai également que lorsqu'à ces deux symptômes viennent se joindre, avec ou sans la paralysie, la céphalalgie, la sécheresse de la langue, la fièvre et le délire, on est autorisé à croire à l'existence d'une apoplexie méningée intra-arachnoïdienne.

Marche et durée. L'une et l'autre des apoplexies méningées affectent souvent une marche irrégulièrement intermittente, ce qui les différencie encore d'avec les apoplexies cérébrales ou cérébelleuses.

La durée de l'apoplexie sous-arachnoïdienne n'a pas dépassé huit jours, terme auquel les malades ont succombé.

La durée de l'apoplexie intra-arachnoïdienne a atteint un mois et plus. Les malades ont pu quelquefois échapper à la mort, comme le prouvent certaines traces, telles que des fausses membranes ou des kystes contenant du sang, trouvées long-temps après l'invasion des premiers accidents.

Le *pronostic* de ces deux sortes d'apoplexie est des plus graves.

Traitement. Des recherches aussi laborieuses que celles auxquelles je viens de me livrer seraient mal récompensées, si elles ne menaient qu'à satisfaire la curiosité du médecin anatomiste; mais si elles peuvent guider le praticien dans le traitement d'une maladie trop souvent mortelle, et cependant non incurable, elles auront pleinement atteint leur but. Ceci s'applique à l'apoplexie méningée intra-arachnoïdienne.

Dans l'hémorrhagie de la pulpe cérébrale, les principales indications consistent à arrêter l'hémorrhagie, à en prévenir le retour, à diminuer, autant que possible, les résultats de la compression, enfin à maintenir les parois du foyer dans des conditions qui aident à la résorption du sang épanché.

Dans l'apoplexie méningée sous-arachnoïdienne qui provient, tantôt d'une rupture artérielle ou veineuse, tantôt d'une simple exhalation, il faut prévenir, si l'on peut, la continuation ou le renouvellement de l'hémorrhagie, et diminuer les

phénomènes de la compression, qui, dans ce cas, constitue le principal danger; peut-être aussi le mélange du sang avec le liquide céphalo-spinal ajoute-t-il à la gravité des accidents.

Dans l'apoplexie méningée intra-arachnoïdienne, de nouvelles et importantes indications sont à remplir. Puisqu'on connaît la marche suivie par la nature pour amener la guérison et la disparition complète et du sang et des fausses membranes qui ont servi à obtenir la résorption, il faut s'appliquer à favoriser cette marche en écartant tout ce qui peut la contrarier.

Outre le soin que l'on doit mettre à employer tous les moyens propres à faire cesser la congestion sanguine et à diminuer la compression, il faut avoir sans cesse présent à l'esprit l'état de l'arachnoïde. On doit maintenir cette membrane dans des conditions qui aident à la production de la fausse membrane destinée à envelopper, à isoler, à absorber le caillot, sans oublier jamais que l'inflammation de l'arachnoïde ajoute considérablement au danger de la maladie. Plusieurs des observations contenues dans ce mémoire montrent comment un traitement antiphlogistique actif et soutenu a été d'une utilité incontestable.

Nota. Depuis que ce mémoire est rédigé, MM. Rilliet et Barthez et M. Legendre (*Revue médicale*, décembre 1842), ont publié des cas intéressants d'hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde chez les enfants. Ces faits confirment pleinement, malgré la différence de l'âge, les conclusions que j'ai cru devoir tirer des observations que j'ai consignées dans ce travail.

MÉMOIRE

SUR

L'OEDÈME DE LA GLOTTE,

PAR F.-L.-I. VALLEIX,

Médecin des Hôpitaux de Paris,
Membre de la Société médicale d'observation, de la Société anatomique, etc.

QUESTION POSÉE PAR L'ACADÉMIE :

Rechercher quelles sont les causes de l'angine laryngée œdémateuse (œdème de la glotte); en faire connaître la marche, les symptômes successifs et le diagnostic différentiel; discuter, dans le traitement de cette maladie, les avantages et les inconvénients de la trachéotomie.

Vanam esse, quæ ex observationibus non deducatur, doctrinam, uno nunc ore profitemur coacti.

J.-P. FRANK. *De curandis hominum morbis Epitome; Introductio.*

AVANT-PROPOS.

Ayant observé quelques cas d'œdème de la glotte, et ayant eu à faire quelques recherches sur cette maladie (1), j'avais déjà rassemblé un assez bon nombre de matériaux pour résoudre, en grande partie, la question qui fait l'objet du mémoire suivant, lorsqu'elle a été proposée par l'Académie de médecine. Mais le sujet prenant, dès ce moment, pour moi, un plus haut degré d'intérêt, je n'ai pas dû m'en tenir aux documents que je possédais, et j'ai multiplié les recherches, afin de donner une plus large base à mon travail. Convaincu que cette question, toute pratique, ne pouvait être résolue que par les faits, je me suis surtout attaché à rassembler les observations les mieux faites et les

(1) Pour l'article *laryngite œdémateuse*, dans le *Guide du médecin praticien*, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées. Paris, 1842, t. I.

plus concluantes. J'en ai réuni un assez grand nombre, puisque les résultats généraux de ces mémoires sont fondés sur l'examen attentif de quarante faits, tous importants à plusieurs titres. C'est là surtout que j'ai cherché les éléments d'une histoire exacte de l'œdème de la glotte, ce qui ne m'a pas empêché toutefois de consulter les descriptions générales, et de faire usage de tous les renseignements fournis par les auteurs.

Je dois indiquer ici les sources où j'ai puisé mes observations, afin qu'on puisse les consulter, si on le désire, car je ne saurais les rapporter toutes dans mon mémoire. En voici le tableau.

Elles appartiennent à :

Bayle (1) . . .	5	Report	30
Tuilier (2) . . .	5	Patissier (11) . . .	1
Bouillaud (3) . .	3	Lawrence (12) . .	1
Cruveilhier (4) . .	1	Mac-Adam (13) . .	1
Miller (5) . . .	3	Costallat (14) . . .	1
Legroux (6) . . .	4	Fabre (15) . . .	1
Trousseau (7) . .	2	Vernois (16) . . .	1
Louis (8)	3	Fournet (17) . . .	2
Bricheteau (9) . .	3	Ollivier des Brulais (18)	1
Senn (10) . . .	1	Barrier (19) . . .	1
A reporter	30	Total. . .	40

(1) *Mémoire sur l'œdème de la glotte.* — *Journal de médecine*, janvier 1819.
(2) *Essai sur l'ang. œdém.* Thèse, Paris, 1815.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1825, t. VII, p. 174.
(4) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *laryngite*, t. XI, p. 21.
(5) *London medical Gazette.* 1833.
(6) *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, septembre 1839.
(7) *Traité prat. de la phthisie laryngée.* Paris, 1837.
(8) *Recherches sur la phthisie*, 2e édit. Paris, 1843, in-8. — *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, 2 vol. in-8.
(9) *Arch. gén. méd.*, novembre 1841.
(10) *Journ. des progrès*, 1829, t. V, p. 230.
(11) *Biblioth. méd*, 1820, t. LXVII, p. 210.
(12) *Medic. chirurg. transact.*, vol. VI.
(13) *Lond. med. chirurg. Review*, octobre 1835.
(14) *Journ. hebdom. de méd.*, 1829, t. III.
(15) *Bull. de la Soc. anatom.*, n° 35.
(16) *Traité prat. de la phthisie lar.*, par Trousseau et Bellot. Paris, 1837, in-8.
(17) Observ. communiq. à M. Trousseau, *Traité de la phthisie laryngée*, p. 96 et 147.
(18) Thèse. Paris, 1835.
(19) *Journ. des connaiss. méd. chir.*, juillet 1842.

Ce sont ces quarante cas dont l'analyse a fourni les principaux résultats de mon mémoire. J'y ai joint deux observations que j'ai recueillies moi-même, mais dont je n'avais conservé que les plus importants détails, et j'en ai rappelé une dont le souvenir seul m'était resté.

Pour traiter la question du diagnostic, j'ai mis en œuvre les observations dont voici le tableau.

Elles appartiennent à :

MM. Cruveilhier.	2
Henderson (1).	1
Ballot (2).	1
Adams et Jackson (3) . . .	1
Bedingfield (4).	1
Cayol (5).	1
Miller.	1
Percival (6).	1
Total. . . .	9

Il s'ensuit donc que mon travail a pour base quarante-neuf cas, ou même cinquante-deux, en y comprenant les trois observations que j'ai rapportées par extrait.

Avant d'entrer en matière, je devais à mes lecteurs ces renseignements sur les matériaux de mon mémoire.

ARTICLE Ier.

HISTORIQUE.

La science doit à G.-L. Bayle la première description exacte de l'œdème de la glotte. Le mémoire qui fut lu par cet auteur, le 10 août 1808, devant la Société de médecine de Paris, et qu'on trouve reproduit sous le titre de: *Mémoire sur l'œdème de la*

(1) *Med. chir. Review*, avril 1841, n° 61.
(2) *Arch. gén. de méd.*, octobre 1841.
(3) *Lond. med. reposit.*, 1818, vol. X, p. 201.
(4) *Idem*, 1816, vol. V, p. 194.
(5) *Mém. de Bayle* (*loc. cit.*).
(6) *Transact. of London*, 1819, t. IV.

glotte ou angine laryngée œdémateuse, dans le *Journal de médecine et de chirurgie* (1), frappa vivement l'attention. Dès lors les observateurs saisirent avec empressement toutes les occasions de constater l'existence de cette maladie qui paraissait nouvelle, et les recherches auxquelles on se livra, enrichissant bientôt la science de faits nouveaux, mirent les auteurs à même d'étendre considérablement le cadre étroit dans lequel Bayle avait renfermé cette affection.

J'attribue, comme on le voit, à Bayle, la découverte de l'œdème de la glotte. Je n'ignore pas néanmoins qu'avant lui la science possédait un certain nombre de faits d'anatomie pathologique qui se rapportent évidemment à cette affection dont on trouve, en outre, une indication dans différents auteurs. Mais un coup d'œil rapide jeté sur ces divers documents va nous faire connaître l'état de la science à l'époque où Bayle publia son travail.

On trouve dans Bonet, et plus tard dans Morgagni (2) des cas de phthisie laryngée qui se sont terminés par une mort rapide, et dans lesquels on a rencontré le pourtour de la glotte œdématié à un haut degré. Lieutaud (3) en rapporte de semblables. Ces faits n'étaient pas inconnus à Bayle, car il nous apprend lui-même qu'ils l'ont mis sur la voie de ses recherches nouvelles; mais il y avait bien loin de ces descriptions d'anatomie pathologique pure, à celle que ce célèbre médecin nous a laissée, et qui comprend toute l'histoire de la maladie. Voyons si nous trouverons dans les écrits des pathologistes qui l'ont précédé quelque chose de plus précis.

On a cru découvrir dans Boërhaave, auteur que tout le siècle dernier citait dès qu'il s'agissait de l'angine, une description de l'œdème de la glotte. Examinons son ouvrage.

(1) Janvier 1819.
(2) *De caus. et sed. morb.* Epist. IV, 27; Epist. XLIV, 13.
(3) *Hist. anat. medica.* Paris, 1767, 2 vol. in-4.

que de montrer combien étaient vagues nos connaissances sur l'œdème de la glotte, avant que Bayle rapprochant les symptômes des lésions anatomiques, eût définitivement fixé ce point important de pathologie.

Les expériences physiologiques avaient plus fait pour l'histoire de l'œdème de la glotte que l'observation clinique et l'anatomie pathologique. Il ne reste aucun doute sur ce point, quand on a lu dans Bichat (1) les passages remarquables qui se rapportent à cette lésion : « Ce qu'il y a de certain, dit-il, c'est » que la portion (de la membrane laryngée), qui forme l'ouver- » ture supérieure du larynx, est soumise à une espèce particu- » lière d'engorgement séreux, qui ne se manifeste en aucun » autre endroit, et qui, épaississant beaucoup les parois, suffoque » en très peu de temps les malades. » Et plus loin, rapportant des expériences faites sur des chiens, et dans lesquelles il pratiquait des incisions au-dessous de la langue et perçait l'épiglotte, il ajoute : « Une fois un des chiens soumis à cette expé- » rience est mort le lendemain d'une angine séreuse, *exacte-* » *ment semblable à celle qui suffoque tout-à-coup les malades,* et » qui a son siége dans les deux replis de membrane muqueuse » étendus entre les arythénoïdes et l'épiglotte. »

Après la lecture de ces deux passages, on serait en droit d'attribuer la découverte de l'œdème de la glotte à Bichat, bien plutôt qu'à tout autre auteur venu avant Bayle; mais pour ceux qui savent combien il y a loin d'une simple indication, quelque précise qu'elle soit, à une histoire détaillée de la maladie, cet honneur n'en revient pas moins à Bayle, dont les observations ont vivement fixé l'attention et ont popularisé la connaissance de cette redoutable affection.

Jusqu'en 1815, il ne parut pas de travail nouveau sur l'œdème de la glotte. A cette époque, M. Tuilier (2) publia quelques observations qui offrent un intérêt réel, et ajouta, en fai-

(1) *Anat. descript.*, t. II. — *Membr. laryngée*, p. 399 et 404.
(2) *Essai sur l'ang. laryngée œdém.* Thèse. Paris, 1815.

sant connaître les résultats du toucher exercé avec le doigt sur l'ouverture du larynx, un signe diagnostic à ceux que Bayle avait assignés à cette maladie. J'entrerai plus loin, à ce sujet, dans tous les détails nécessaires, et j'emprunterai à M. Tuilier les observations qui font la base de son travail.

En 1823, M. Bouillaud (1) publia trois observations pleines d'intérêt, et à l'aide desquelles il démontra que l'angine laryngée œdémateuse était de nature inflammatoire comme les autres angines. Dès lors, on dut rejeter la distinction subtile de Bayle, qui avait attribué cette affection à une irritation inflammatoire différente de l'angine ordinaire.

Un peu plus tard, les observations de M. Lisfranc (2) vinrent confirmer les résultats que M. Tuilier avait obtenus à l'aide du *toucher,* et de plus nous firent connaître le procédé opératoire employé par ce chirurgien dans le traitement de la maladie.

Enfin, dan ces dernières années, de nouveaux faits ont été recueillis par MM. Cruveilhier (3), Miller (4), Trousseau et Belloc (5), Legroux (6) qui a indiqué un nouveau procédé pour déchirer le bourrelet œdémateux, et Bricheteau (7), qui a publié trois observations fort intéressantes, dont deux me serviront pour l'appréciation de la trachéotomie pratiquée dans l'œdème de la glotte.

ARTICLE II.

LÉSIONS ANATOMIQUES.

Quelques médecins, pour jeter de la défaveur sur les études anatomico-pathologiques, ont allégué qu'on ne saurait trouver

(1) *Arch. gén. de méd.* 1823, t. VII, p. 174.
(2) *Mém. sur l'ang. laryng. œdém.* — *Journ. gén.* 1825, t. LXXXIII.
(3) *Dictionn. de méd. et chir. pratiques*, art. *laryngite.* T. XI, p. 20.
(4) *London med. Gazette*, Janvier 1833.
(5) *Traité pratique de la phthisie laryngée.* Paris, 1837, in-8.
(6) *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, septembre 1839.
(7) *Arch. gén. de méd.*, novembre 1841.

dans les lésions organiques que des lumières fort douteuses et d'une utilité très bornée. Mais ces objections sont venues nécessairement échouer contre certaines affections, toutes locales, et presque uniquement constituées par les altérations anatomiques. De ce nombre est évidemment l'œdème de la glotte. Que l'on fasse, en effet, abstraction des causes qui l'ont produit, et qui peuvent être le résultat d'un état morbide général, et l'on sera forcé de reconnaître que cette maladie, alors même qu'elle est dans toute sa force, consiste uniquement dans l'obstruction du larynx, due à l'infiltration de la glotte. C'est un fait qui n'a pas besoin de démonstration; il suffit de parcourir les principales observations pour se convaincre qu'en faisant disparaître la lésion locale, on enlève toute la maladie. Avant donc d'étudier les causes, les symptômes, le traitement de l'œdème de la glotte, il est de toute nécessité de donner une description exacte des altérations anatomiques qui seules peuvent servir de base à un travail méthodique.

Il a été très difficile, jusqu'à ce jour, de présenter, dans son ensemble, une semblable description. Chaque auteur, n'ayant vu qu'un trop petit nombre de cas, ne connaissait qu'une partie limitée de la question; et de plus, ces cas épars et présentés sous des titres variés, ne pouvaient être facilement réunis. Il m'a fallu, avant de les rassembler, les étudier séparément avec attention, pour apprécier leur valeur. Aussi ai-je dû en rejeter un certain nombre auxquels on avait donné le nom d'œdème de la glotte sans motifs suffisants; tandis que d'un autre côté, ces investigations m'en ont fait découvrir d'autres qui, publiés sous des dénominations différentes, avaient passé inaperçus.

§ I. *Infiltration séreuse ou séro-purulente.*

L'infiltration d'une plus ou moins grande partie du larynx est évidemment la lésion principale, car c'est elle qui produit presque tous les symptômes; aussi est-ce par elle qu'il convient de commencer.

Lorsque l'œdème de la glotte fixa pour la première fois l'attention, on n'observa que des cas où l'infiltration du larynx était purement séreuse, et c'est là ce qui motiva ce nom d'*œdème de la glotte* imposé par Bayle à la maladie. Mais bientôt un certain nombre de cas où la sérosité était mêlée de pus, vinrent s'offrir à l'observation, et bientôt le champ des recherches s'agrandit. L'anatomie pathologique de l'œdème de la glotte fit des progrès; de nouveaux faits vinrent s'ajouter à ceux que nous possédions déjà, et il ne fut plus possible d'attribuer la maladie à un *œdème pur et simple.* Dès lors, l'opinion des premiers observateurs fut abandonnée, et aujourd'hui l'infiltration séropurulente tient, parmi les lésions dues à cette affection, le même rang que l'infiltration séreuse elle-même.

Je vais, dans la description suivante, dire d'abord un mot du petit nombre de cas où l'infiltration était purement séreuse, et je passerai ensuite à ceux où la sérosité était plus ou moins mêlée de pus. Il sera ainsi facile de reconnaître l'identité de ces divers cas, identité qui sera bien plus évidente encore, lorsqu'après avoir fait la description des symptômes, je pourrai la rapprocher de celle des lésions anatomiques.

1° *Infiltration séreuse.* Les premiers cas qu'il convient de citer, lorsqu'il s'agit de l'infiltration purement séreuse, sont ceux qui ont été indiqués ou rapportés par MM. Guersant et Blache, Trousseau et Belloc, et Barrier. Il s'agit, en effet, dans les cas mentionnés par ces auteurs, d'œdèmes de la glotte survenus dans le cours d'un anarsaque, et, suivant eux, la même cause qui aurait déterminé l'œdème général, aurait occasionné l'œdème local. Rien ne serait donc plus simple que l'œdème de la glotte dans des cas semblables. Examinons-les attentivement, car les questions qui s'y rattachent ne sont pas sans importance. L'observation de M. Barrier étant seule complète et détaillée, je vais d'abord la présenter.

Observation première (1).

OEdème de la glotte survenu dans la convalescence d'une scarlatine; mort. — Infiltration séreuse du pourtour de la glotte, sans traces d'inflammation dans la membrane muqueuse.

Brichet (Victor André), âgé de sept ans et demi, d'un tempérament lymphatique, fut admis à l'hôpital des enfants malades, salle Saint-Louis, le 6 avril 1838, pour y être traité d'une conjonctivite simple et d'un impétigo développé sur le dos du nez.

Ces deux maladies ne présentèrent, dans leur cours, rien qui mérite d'être mentionné, et la guérison était presque complète, lorsque, le 3 mai, se déclarèrent des symptômes généraux qui firent prévoir une éruption. Celle-ci parut en effet le lendemain; c'était une scarlatine fort légère, quant à l'éruption elle-même et quant aux symptômes généraux concomitants. L'angine existait, mais sans aucune intensité; l'éruption commença à pâlir dès le 5 mai, lendemain de son apparition; le troisième jour elle fut à peine visible, et la fièvre ainsi que l'angine disparurent complétement. Bientôt, s'opéra la desquamation, pendant le cours de laquelle le convalescent, mal surveillé, s'exposa à un refroidissement que rendit plus facile un abaissement brusque de la température survenu dans les journées des 8 et 9 mai.

Le 10 mai, on reconnut un peu d'œdème de la face; il existait de la toux sans dyspnée notable, sans fièvre : la peau était un peu chaude et très sèche.— On prescrivit une tisane nitrée et un bain de vapeur. Diète.

Le 11, il y a un peu de fièvre; l'œdème de la face a augmenté et l'infiltration a gagné les quatre membres, surtout les inférieurs. Rien de nouveau vers les organes de la respiration. — Même prescription que la veille.

(1) Barrier, *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1842.

Le 12, vers neuf heures du matin, l'anasarque a encore augmenté depuis hier; le scrotum est envahi par la sérosité; il existe même un peu d'ascite et d'hydrothorax. La dyspnée et la toux existent à un degré modéré, mais il y a matité dans la région inférieure de la poitrine à droite et à gauche. Un peu de râle sous-crépitant semble aussi annoncer un certain degré d'œdème pulmonaire. La peau est chaude et extrêmement sèche. Le pouls donne 110 à 120 pulsations par minute, il est médiocrement développé; la voix n'est nullement altérée. La dyspnée trouve une explication suffisante dans l'hydropisie dont les deux plèvres ainsi que le tissu pulmonaire paraissent le siége. — On prescrit comme la veille un bain de vapeur et une tisane nitrée. Les accidents ne paraissent point assez graves pour commander une médication plus active.

Vers deux heures après-midi, comme j'étais de garde, je fus appelé auprès du malade, qui, depuis deux heures environ qu'il avait pris un bain de vapeur, avait la respiration de plus en plus difficile. Je me rendis auprès du malade, accompagné de trois de mes amis, dont deux comme moi internes des hôpitaux de Paris, et l'autre récemment promu au doctorat. Arrivés tous quatre auprès de notre petit malade, nous fûmes plongés dans un grand embarras pour reconnaître promptement la nature des accidents graves qui réclamaient impérieusement des secours aussi prompts qu'efficaces. L'enfant était en proie à une suffocation imminente; les plus grands efforts d'inspiration ne faisaient entrer dans la poitrine qu'une très petite quantité d'air. L'inspiration était évidemment bien plus gênée que l'expiration qui paraissait presque aussi libre et aussi facile qu'à l'état normal. Aucun bruit n'accompagnait l'inspiration, surtout quand celle-ci était très courte; ce qui arrivait surtout dans les plus grands efforts, comme si la violence de ces efforts eût eu pour effet de produire une occlusion complète du tube aérien. Lorsque, au contraire, l'effort inspirateur était plus modéré, l'air pénétrait un peu mieux dans la poitrine, et son passage s'ac-

compagnait d'un certain sifflement très sourd et mal caractérisé. Les efforts inspirateurs se renouvellent avec une grande fréquence, au moins 70 fois par minute. La voix est faible, entrecoupée par les efforts de la respiration, mais elle n'est nullement altérée dans son timbre; l'asphyxie fait déjà des progrès rapides. Le malade est dans un état d'anxiété et d'agitation extrêmes; il ne peut rester couché, il change continuellement de position sans soulagement; il se lève parfois tout-à-coup sur son séant en s'écriant qu'il étouffe, et en portant la main au-devant du larynx, comme pour en arracher ce qui le gêne. La face est violacée, toutes les veines du cou sont turgescentes, etc.

Ces symptômes dont nous appréciâmes la gravité en beaucoup moins de temps que je n'en ai mis à les énumérer, ne nous mirent point tout de suite sur la voie de la véritable cause d'une asphyxie aussi foudroyante, qui allait amener inévitablement la mort dans quelques instants. Nous appliquâmes rapidement notre oreille sur la poitrine, et, malgré la faible dilatation de cette cavité, nous pûmes distinguer un râle sous-crépitant universel, mais médiocrement abondant, avec absence du bruit respiratoire dans le tiers inférieur de la poitrine des deux côtés, qui était en même temps complétement mat. L'infirmière nous présenta alors le crachoir du malade dans lequel nous trouvâmes deux crachats sanguinolents que le malade, nous dit-elle, avait expectorés peu de temps après la visite du matin. Le premier était un caillot de sang pur; l'autre était un mélange de sang et de mucus à peine aéré. L'idée nous vint qu'il s'agissait peut-être d'un raptus sanguin très violent sur l'appareil pulmonaire, et nous nous hâtâmes de saigner le malade des deux bras en même temps; mais nous n'eûmes que quelques gouttes de sang; déjà la circulation était considérablement enrayée par l'asphyxie de plus en plus imminente; le pouls de plus en plus faible était d'une grande fréquence. En vain nous tentons de produire une révulsion en appliquant l'eau bouillante sur les membres inférieurs. Le malade expire dans nos bras vers

deux heures et demie. Nous songions à la trachéotomie; mais avant d'en avoir décidé l'opportunité et d'en avoir commencé l'exécution, la mort nous avait déjà devancés.

Nécropsie. A l'ouverture du cadavre qui fut faite le 14 mai, à huit heures du matin, nous constatâmes les désordres anatomiques suivants.

Une sérosité limpide infiltre le tissu cellulaire sous-cutané de tout le corps et distend ses mailles, surtout dans les régions où sa structure le rend plus lâche et plus extensible. On en trouve aussi dans le tissu cellulaire profond, sous-aponévrotique, intermusculaire; mais elle y est peu abondante.

La plupart des membranes séreuses contiennent de l'eau. On en trouve, 1° dans les ventricules du cerveau et dans la cavité de l'arachnoïde environ 3 onces; 2° dans le péricarde trois ou quatre cuillerées; 3° dans les plèvres un demi-litre au moins de chaque côté; 4° dans le péritoine, environ 6 onces. Ces diverses cavités séreuses n'offrent pas la moindre trace d'inflammation. Le liquide est transparent et pur, et la membrane est pâle, sans épaississement, sans injection notable des vaisseaux capillaires sous-jacents.

Le cerveau paraît sain; seulement la substance grise périphérique paraît dans plusieurs points plus rosée que de coutume; on dirait qu'elle a macéré dans une sérosité rougeâtre, qui n'a coloré que sa couche la plus superficielle; de sorte que celle-ci est rosée, tandis que l'autre, placée entre la précédente et la substance blanche, a la couleur de l'état normal. — Le cœur est à l'état sain. Toutefois sa déchirure présente un aspect très humide, et la séparation du cœur droit d'avec le cœur gauche se fait très facilement, sans doute sous l'influence de la sérosité qui semble infiltrée entre les fibres musculaires. — Les poumons mobiles et flottants au milieu de la sérosité pleurétique, un peu diminués de volume, ne présentent d'autre altération qu'un peu d'œdème dans leur tissu propre. En outre le ganche contient au sommet quelques tubercules crus; on en

rencontre aussi dans les ganglions bronchiques voisins des bronches qui appartiennent au sommet gauche. La trachée et les bronches contiennent une certaine quantité d'écume bronchique; la muqueuse est pâle.

Le cœur et les gros vaisseaux contiennent beaucoup moins de sang qu'on n'en observe dans la plupart des cas d'asphyxie. Ce sang est noir et très fluide; ce n'est, pour ainsi dire, que de la sérosité teinte en rouge foncé. Il y a véritablement *hydrohémie.*

La membrane muqueuse de tout le tube digestif est boursouflée, épaissie, mais blanche et pâle. Cet épaississement est très manifeste dans les valvules conniventes de l'intestin grêle. Il résulte évidemment de l'infiltration séreuse du tissu muqueux lui-même; car la pression fait pleuvoir à sa surface un millier de gouttelettes séreuses. De plus, l'œdème du tissu cellulaire sous-muqueux donne aux parois de l'intestin une épaisseur bien plus considérable qu'à l'état normal. Enfin, les follicules isolés sont énormément tuméfiés; leur volume approche de celui d'une lentille; mais ils sont tout-à-fait pâles. Sauf les conditions qui précèdent, le tube intestinal est sain. — Le foie est gorgé d'un sang noir qui ruisselle très facilement, à cause de sa grande fluidité, soit à la section, soit à la déchirure de cette glande. — Les reins et la rate n'offrent rien à noter.

Arrivons maintenant à la lésion qui a joué le rôle principal dans l'ensemble des accidents, c'est-à-dire à celle du larynx. Cet organe présente, dans son ensemble, et vu à l'extérieur, des dimensions normales, et en rapport avec l'âge du sujet. Mais son calibre intérieur, et surtout son orifice supérieur, sont extraordinairement rétrécis. Les deux replis arythéno-épiglottiques sont œdématiés à un degré si considérable, que leur rapprochement, sollicité en faisant le vide par la trachée-artère, obture presque complétement l'orifice supérieur du larynx; il est très probable qu'au moment de l'inspiration, pendant la vie, l'air trouvait à peine un passage capable d'admettre une plume de corbeau. Il arrive même qu'en imitant artificiellement un effort

très brusque d'inspiration, le rapprochement des bourrelets œdématiés est assez complet pour s'opposer à peu près entièrement à l'entrée de l'air, et l'on remarque que cette entrée de l'air a lieu au contraire plus facilement quand l'effort inspirateur est lent et ménagé. Mais ce qui est plus remarquable, c'est que, dans cette imitation artificielle de l'inspiration, il se produit un bruit de sifflement aigu et criard, analogue à ce bruit d'une anche de clarinette qu'on appelle *canard*, tandis que rien de semblable n'existait pendant la vie.

Mais ce n'est pas seulement l'entrée du larynx qui est rétrécie par l'œdème du tissu sous-muqueux aryténo-épiglottique, cet œdème existe encore sous la muqueuse de tout le larynx : seulement, comme dans les autres points de l'organe le tissu cellulaire est peu abondant, l'œdème dont il est le siége ne soulève pas beaucoup la muqueuse. Cependant au niveau des cordes vocales inférieures, le passage de l'air est manifestement rétréci; mais ce rétrécissement me paraît dépendre non moins du boursouflement œdémateux de la muqueuse laryngée elle-même, que de l'œdème du tissu cellulaire sous-muqueux, qui ne forme qu'une couche assez mince. Le rétrécissement qui résulte de ces deux causes réunies, et qui siége ainsi dans la glotte proprement dite, est assez considérable : car le plus grand intervalle des cordes vocales inférieures est tout au plus d'une ligne un quart, tandis qu'à l'âge de notre malade, il est, à l'état sain, de deux lignes à deux lignes et demie.

Quant aux traces d'inflammation qui peuvent accompagner cet œdème, je n'en trouve *absolument aucune*, pas plus dans la muqueuse que dans le tissu cellulaire sous-jacent. La sérosité contenue dans les bourrelets aryténo-épiglottiques est transparente et liquide; elle s'écoule assez facilement à la simple section des tissus et sous une faible pression. Elle n'a ni la consistance gélatineuse ni l'aspect séro-purulent qu'on lui trouve ordinairement dans les cas de laryngite. Il y a aussi un peu d'œdème sous la muqueuse de l'arrière-bouche, de la base de la

langue et du pharynx; mais on n'y découvre aucunes traces de phlegmasie.

Réflexions. L'auteur de cette observation s'est exprimé, comme on le voit, très formellement sur l'absence de toute espèce de phlegmasie dans le pharynx et dans le larynx: aussi ne saurait-on élever aucun doute à cet égard. Mais ne peut-on pas admettre qu'un degré très léger d'inflammation a pu exister pendant la vie et disparaître après la mort? On le concevrait d'autant plus facilement dans un cas de ce genre, que l'œdème donnant aux tissus une couleur pâle et blafarde, il en résulte que les traces d'inflammation, même pendant la vie, sont moins visibles. C'est ce que nous voyons dans les inflammations érythémateuses qui surviennent à l'extérieur, sur des parties œdématiées. Quant à l'absence de tout mélange de pus avec la sérosité, elle ne saurait être une preuve en faveur de la nature non inflammatoire de l'œdème, puisque dans d'autres cas, et j'en citerai plus loin quelques uns, on a trouvé une infiltration purement séreuse, alors même que la nature inflammatoire de l'affection ne pouvait être un instant douteuse.

D'un autre côté, on ne sera pas surpris qu'une inflammation assez légère pour ne laisser aucune trace après la mort, ait pu donner lieu à une accumulation aussi considérable de sérosité, puisque dans les observations citées par Bayle et M. Tuilier, on trouve des effets semblables dus à la cause la plus légère. D'ailleurs, on conçoit facilement que chez un sujet dont tous les organes avaient une si grande tendance à s'infiltrer, il ait suffi d'un très faible degré d'irritation pour produire l'œdème de la glotte. Je reviendrai sur ces considérations, lorsque j'aurai à m'occuper des causes de la maladie.

Je suis loin, toutefois, je dois le dire, de regarder ces raisons comme péremptoires, car il y a toujours là ce fait de l'absence complète de toute espèce d'inflammation; mais les réflexions que j'ai faites prouvent aussi qu'on a eu tort de soutenir

formellement une opinion contraire. C'est au reste un point sur lequel je reviendrai plus tard, avec de nouveaux éléments pour résoudre la question. En attendant, suspendons notre jugement.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux observations présentées par Billard (1), qui a trouvé l'œdème de la glotte chez des enfants nouveau-nés atteints d'œdème général. Constatons, en outre, qu'il existait chez le seul enfant dont il a rapporté l'histoire, une lésion bien digne de remarque, et qui n'a sans doute pas eu peu d'influence sur la production de l'œdème de la glotte: c'était « une ecchymose violacée, occupant la joue droite, et s'é» tendant jusqu'à la lèvre supérieure; ecchymose qui devint » bientôt le siége d'un gonflement œdémateux considérable. » N'est-il pas plus que probable que l'œdème qui a fini par gagner le larynx a commencé par cette subinflammation de la joue? Quant à moi, je ne conserve pas de doute à cet égard; car j'ai vu maintes fois l'œdème subinflammatoire de la face, chez les nouveaux-nés, envahir la base de la mâchoire, et déterminer un œdème considérable dans le tissu cellulaire intermusculaire, même dans celui des couches les plus profondes, ainsi que dans le pharynx et le larynx. Les cas cités par Billard, en admettant qu'il n'ait existé pendant la vie aucune inflammation de la muqueuse laryngienne, ne sauraient donc être rangés parmi les œdèmes purement passifs. Nous verrons, en effet, quand il s'agira des causes de la maladie, qu'il n'est pas nécessaire, pour produire l'œdème de la glotte, d'une inflammation fixée précisément sur la membrane du larynx, et qu'il suffit d'une irritation plus ou moins intense dans les parties environnantes.

Dans le cas observé par M. Trousseau, la malade, qui était une petite fille de huit ans, et qui présenta les symptômes de l'angine œdémateuse dans le cours d'une anasarque, suite de la scarlatine, guérit heureusement; en sorte qu'on ne peut pas apprécier convenablement les circonstances de ce fait.

(1) *Traité des mal. des enf. nouv.-nés.* 2e édit. Paris, 1833, p. 540 et suiv.

Quant à MM. Guersant et Blache (1), ils se bornent à dire qu'ils ont rencontré quelquefois l'œdème du larynx comme accident ultime de l'anasarque, ce qui laisse la question entièrement indécise.

Dans la plupart des observations de Bayle, l'infiltration, causée par une angine dont la nature inflammatoire n'est plus contestée aujourd'hui, était également due à une accumulation de sérosité pure. Il en est de même de quelques autres observations, telles que celles de MM. Costallat, Ollivier des Brulais, Patissier, Fabre, etc.; mais déjà on voit dans plusieurs de ces observations l'infiltration séro-purulente venir se joindre, dans quelques points de l'organe, à l'infiltration purement séreuse, et la liaison de ces deux lésions devient par là évidente. A ce sujet, je ne peux mieux faire que de présenter l'observation de M. Costallat, qui est un exemple frappant de cette fusion des deux espèces d'infiltration.

OBSERVATION DEUXIÈME (2).

Œdème de la glotte survenu dans le cours d'une maladie du cœur et d'un catarrhe pulmonaire; mort. Infiltration séreuse dans un point, purulente dans l'autre.

Le 27 janvier 1829, un vieillard de soixante et onze ans, cordonnier, fut admis à la Pitié. Il présentait quelques symptômes d'une maladie du cœur, et était affecté en même temps d'un catarrhe pulmonaire. Au bout de quatre jours un point pleurétique survint à gauche; des sangsues et la diète arrêtèrent les progrès du mal.

Le 12 mars, le malade commença à éprouver une grande difficulté à respirer. Le lendemain cet état était plus fatigant; enfin, dans la nuit du 13 au 14, vers trois heures du matin, le malade ne peut ni avaler les liquides, ni chasser les crachats

(1) *Dictionn. de méd.*, art. *laryngite*. 1838, t. XVII, p. 571.
(2) Costallat, *Journ. hebd. de méd.* 1829.

qui obstruent les bronches. Une sorte de *boule*, dont il rapporte le siége à la partie supérieure, antérieure et droite du cou, s'oppose, dit-il, à leur passage, par la saillie qu'elle lui semble faire en dedans.

Les parties molles qui environnent le larynx sont tuméfiées, elles paraissent infiltrées plutôt qu'enflammées; il n'y a, en effet, aucun changement de couleur à la peau, et la douleur ne se manifeste même à la pression que du côté droit, là où la tuméfaction est le plus prononcée. Le malade dit que lorsqu'on presse sur ce point, on augmente la saillie intérieure de la boule qui cause son tourment. On s'assure à l'aide du doigt que l'épiglotte est très gonflée. Ce gonflement paraît même s'étendre à toute l'ouverture supérieure de la glotte. Toutes les forces du malade semblent mises en jeu dans l'inspiration, qui est fréquente, quoique longue, et qui fait entendre à plusieurs pas de distance un bruit particulier.

L'expiration est courte et peu pénible, si ce n'est lorsque le malade cherche à expulser ses crachats; elle n'est pas non plus accompagnée de bruit. Au milieu des bruits confus que l'on entend à l'aide de l'auscultation, l'oreille distingue le râle crépitant à la partie postérieure de la poitrine. Les crachats sont teints de sang brun; la voix est rauque et basse, la parole entrecoupée, le pouls faible et cependant régulier, la face livide, abattue, les yeux égarés. L'anxiété du malade est extrême; il demande avec instance qu'on lui applique des vésicatoires. (Vésicat. à la nuque, 3 gr. d'émétiq., dix sangsues au cou.)

Le soir à cinq heures, il n'y a pas eu de vomissement; les sangsues coulent abondamment. Le bruit particulier dont nous avons parlé est maintenant presque aussi intense dans l'expiration que dans l'inspiration; le malade s'affaiblit : il ne reste aucun espoir de le sauver. Enfin il expire dans la nuit, après avoir présenté les symptômes d'une asphyxie lente.

Autopsie, trente heures après la mort.

Cou. La tuméfaction remarquée pendant la vie est encore la

même. Le tissu cellulaire qui environne le larynx est infiltré de sérosité. A mesure qu'on s'approche des cartilages et des glandes sous-maxillaires, la sérosité semble de plus en plus combinée avec les tissus; elle prend alors une teinte jaunâtre, jusqu'à ce qu'enfin elle soit remplacée par du pus concret. Les glandes sous-maxillaires sont très injectées; l'extrémité postérieure de celle du côté droit est baignée par le pus d'un abcès qui communique avec un petit foyer situé entre la base de la langue et l'épiglotte, et saillant dans l'intérieur du pharynx.

Une couche jaune revêt toute la surface interne du pharynx; elle est comme identifiée avec la membrane muqueuse, et elle présente jusqu'à deux lignes d'épaisseur. L'épithélium, qui forme sa face libre, manque dans quelques endroits plus ou moins profondément ulcérés. La langue, la luette et le voile du palais sont très gonflés; plusieurs petits abcès se rencontrent dans les amygdales; l'orifice postérieur des fosses nasales est rétréci.

L'orifice supérieur du larynx et l'épiglotte sont énormément tuméfiés. La glotte est effacée; deux tumeurs existent à la place des ventricules. Elles se confondent avec les ligaments supérieurs, et sont à peine distinctes des inférieurs. Leur contiguïté sur la ligne médiane, dans une hauteur de 3 à 4 lignes, intercepte entièrement le passage de l'air. Leurs points de contact sont légèrement ulcérés. Elles sont formées d'une couche épaissie de pus concret, combiné avec le tissu cellulaire sous-muqueux et ramolli dans quelques points.

Les cartilages sont presque entièrement ossifiés. La trachée-artère est très rouge. Elle présente en avant une crête saillante, sinueuse, de sorte que son diamètre antéro-postérieur l'emporte de beaucoup sur le transversal.

Le volume des nerfs pneumo-gastriques est considérablement augmenté, le récurrent surtout.

Poitrine. Pleuro-pneumonie; emphysème, — Hypertrophie du ventricule gauche.

Abdomen. Rien de remarquable.

Réflexions. On voit dans ce cas, et l'auteur lui-même l'a fait remarquer, le passage graduel de l'infiltration d'une sérosité simple à l'infiltration d'un véritable pus. Il est donc inutile d'insister davantage sur ce point. Quant aux autres circonstances de ce fait, nous les retrouverons dans d'autres cas où elles seront convenablement appréciées; il est par conséquent superflu de les discuter longuement ici.

2° *Infiltration séro-purulente.* Dans plus des trois quarts des cas que j'ai rassemblés, l'infiltration qui causait l'obstruction du larynx était due à l'épanchement dans les mailles du tissu sous-muqueux d'une sérosité plus ou moins mêlée de pus. Il me suffira, pour faire connaître cette lésion, de présenter une seule observation de ce genre, car elles ont toutes une ressemblance presque parfaite.

OBSERVATION TROISIÈME (1).

Œdème de la glotte survenu dans la convalescence d'une fracture; mort. — Infiltration séro-purulente.

Thuot (Pierre) était convalescent de fracture, lorsque, le soir du 25 février 1813, il fut pris d'un mal de gorge qui ne gênait que sa respiration. On lui administra un émétique le lendemain matin; il vomit peu et ne sentit qu'un faible soulagement. Pendant la journée, la difficulté de respirer augmenta; le soir, ayant été appelé près de lui, j'observai les phénomènes suivants : besoin, pour respirer, de tenir la tête élevée et de la porter en arrière; inspiration douloureuse, bruyante, et parfois entrecoupée; expiration facile; voix rauque et affaiblie; sentiment de gêne à la partie supérieure du cou, semblant résulter de la présence d'un corps étranger; point de gonflement; douleur supportable, bornée à l'endroit de l'obstacle, et augmentant légèrement par la pression; pouls fréquent et petit.

Les symptômes s'aggravèrent promptement; l'inspiration de-

(1) Tuilier (*loc. cit.*).

vint de plus en plus difficile; l'agitation s'empara du malade; il disait qu'il allait étouffer; la face prenait une couleur livide et le cou se gonflait; les membres devenaient froids et le corps se couvrait de sueur. Quand nous arrivâmes pour pratiquer la laryngotomie, le malade était mort. L'introduction du doigt dans la bouche faisait sentir une espèce de tumeur qui semblait boucher l'entrée du larynx.

Autopsie. L'ouverture supérieure du larynx est presque complétement fermée par une tumeur circulaire, molle, un peu plus volumineuse du côté droit que du gauche; cette tumeur poussait vers la base de la langue l'épiglotte, dont les bords latéraux tuméfiés étaient très rapprochés l'un de l'autre. La muqueuse qui couvrait cet engorgement était pâle, décolorée; en l'incisant on vit qu'il s'était déposé, dans les mailles du tissu cellulaire sous-jacent, une matière séro-purulente.

Autres organes : sains.

Réflexions. Malgré le petit nombre de détails d'anatomie pathologique renfermés dans cette observation, on y voit trop clairement la ressemblance parfaite de cette infiltration séro-purulente avec l'œdème simple de la glotte pour qu'on n'y reconnaisse pas une seule et même affection. Ici, l'existence des bourrelets œdémateux ne put être constatée qu'après la mort; mais ils étaient si volumineux, qu'on les aurait certainement reconnus pendant la vie en pratiquant le toucher, comme le voulait M. Tuilier.

Sous les autres rapports, ce fait ne présente rien que nous ne devions avoir plusieurs fois l'occasion de remarquer dans ceux qu'il nous reste encore à citer.

3° *Infiltration séreuse et séro-purulente.* Si maintenant nous examinons simultanément ces deux infiltrations séreuse et séro-purulente, nous voyons que dans tous les cas on les a trouvées à un degré plus ou moins marqué. Recherchons donc quels ont été leur *siége*, leur *étendue*, leur

abondance, et les *déformations* qu'elles ont introduites dans la cavité laryngienne.

Dans trente-deux cas qui m'ont offert des détails suffisants, je trouve que les replis arythéno-épiglottiques ont été notablement infiltrés vingt-quatre fois. Dans les huit autres, les auteurs n'ont pas désigné le siége de l'infiltration d'une manière aussi précise; mais dans tous, sans exception, il est parlé d'une infiltration des *bords*, des *lèvres*, du *pourtour* de la glotte; dans un cas même il est dit que cette ouverture était obstruée. Il n'est pas possible, quand on sait ce que les pathologistes entendent par l'ouverture et le pourtour de la glotte, de méconnaître, dans ces cas, une infiltration des replis arythéno-épiglottiques.

Dans trois cas seulement, les cordes vocales elles-mêmes présentaient un certain degré d'infiltration. Dans un autre, le tissu cellulaire sous-muqueux des ventricules était lui-même infiltré. Chez quatre sujets, l'infiltration avait gagné l'épiglotte, et chez un autre, elle s'étendait jusqu'à la luette. Enfin, dans deux cas, il est dit d'une manière générale que le pharynx était infiltré.

D'après ce relevé, on voit que les replis arythéno-épiglottiques sont évidemment le siége de prédilection de l'œdème de la glotte. C'est là qu'il s'est montré constamment à un degré plus ou moins marqué; c'est là qu'il présente, comme nous le verrons plus tard, l'aspect le plus remarquable: et c'est là aussi qu'il est malheureusement le mieux placé pour produire les accidents les plus redoutables de la maladie.

L'*abondance* du liquide infiltré est très variable suivant les cas. Il est impossible, d'après les observations des auteurs, d'en donner une appréciation, même approximative. Dans plusieurs cas il est dit que les replis arythéno-épiglottiques sont énormément gonflés; dans d'autres, on mentionne de gros bourrelets œdémateux, et, dans la plupart enfin, on se borne à indiquer une infiltration notable.

M. Louis a observé quelques faits qui semblent prouver qu'une certaine quantité du liquide infiltré peut disparaître après la

mort, ou du moins dans les derniers moments de l'existence. Il a vu, en effet, la muqueuse des replis arythéno-épiglottiques *ridée*, comme si elle était revenue sur elle-même après avoir été distendue par une quantité de liquide beaucoup plus grande que celle qu'on observa à l'autopsie. J'aurai l'occasion de citer un de ces cas lorsque je parlerai de l'œdème latent de la glotte.

4° *Bourrelets œdémateux.* Lorsque le larynx est infiltré, il présente à son ouverture supérieure, qui a été désignée sous le nom d'ouverture de la glotte par les pathologistes, deux bourrelets arrondis, plus ou moins saillants, et qui, lorsqu'ils ont un assez grand développement, ont une tendance considérable à s'abaisser sur l'ouverture supérieure du larynx. Quelquefois ces bourrelets sont tellement volumineux qu'ils viennent se joindre par leur bord interne, et qu'ils oblitèrent l'ouverture du larynx à tel point que l'air ne peut plus y pénétrer. M. Tuilier a cité un des exemples les plus frappants de cette oblitération.

Un fait remarquable, qui a été constaté par Bichat et M. Lisfranc, et qu'il est très important de connaître pour expliquer les divers phénomènes observés pendant la vie, résulte de la tendance des bourrelets à se porter de haut en bas sur l'ouverture du larynx : c'est la facilité avec laquelle l'air peut s'échapper de la trachée en écartant ces bourrelets, et la difficulté qu'il éprouve au contraire à y pénétrer. M. Lisfranc a plusieurs fois fait l'expérience suivante. S'il cherchait, à l'aide d'un soufflet, à faire entrer l'air de haut en bas dans le larynx, il voyait les bourrelets œdémateux se renverser en dedans, et oblitérer ainsi l'ouverture supérieure de cet organe. Lorsqu'au contraire il poussait l'air par l'ouverture inférieure du larynx, il voyait aussitôt les bourrelets s'écarter pour lui donner passage. Je reviendrai sur ce point à l'occasion des symptômes.

Lorsque l'infiltration est purement séreuse, les *bourrelets* sont, ainsi que l'a noté Bayle, épaissis, blancs, et comme tremblotants. Dans les cas où la sérosité est plus ou moins mêlée de pus, ils conservent en partie ces caractères : seulement ils paraissent

plus denses et d'un blanc plus mat. Si l'on pratique une incision dans ces tissus infiltrés, on n'en fait écouler qu'une très petite quantité de liquide. Bayle a même constaté qu'en comprimant entre les doigts le tissu infiltré, auquel il avait préalablement fait plusieurs incisions, il était encore difficile de faire écouler la sérosité. C'est principalement lorsque l'infiltration est due à de la sérosité pure qu'on éprouve cette difficulté. Dans ceux où elle est fortement purulente, on la fait plus facilement sortir, ce qui tient peut-être à ce que les mailles du tissu cellulaire ont perdu en partie leur consistance.

Lorsque les *cordes vocales* présentent un certain degré d'œdème, elles sont arrondies, saillantes, et leur tissu offre la même apparence que celui des replis aryténo-épiglottiques dont je viens de parler. Il est ordinairement facile d'apercevoir au premier coup d'œil l'infiltration des cordes vocales, parce qu'elles ne sont pas toutes œdématiées au même degré et que l'on peut juger par comparaison. J'ai dit plus haut que le tissu sous-muqueux du fond des ventricules pouvait aussi être infiltré; lorsque cette infiltration est considérable, la cavité est presque entièrement effacée. Une des observations que j'ai rassemblées présentait un exemple frappant de cette oblitération complète.

Enfin on a vu l'*épiglotte* déformée, la *luette* déviée, et quelquefois le tissu cellulaire du cou gonflé par le liquide séro-purulent, qui formait ainsi une infiltration très étendue.

Telle est l'infiltration qui constitue la lésion principale de l'œdème de la glotte. Voyons maintenant si dans les autres tissus qui entrent dans la composition du larynx, nous trouverons le point de départ, la cause matérielle de cette infiltration elle-même.

§ II. *Muqueuse laryngienne.*

La membrane muqueuse a été trouvée saine, dans trois cas seulement, au niveau de l'infiltration séreuse; mais il ne s'ensuit pas que l'œdème fût même alors purement passif. Dans deux

de ces cas, en effet, il existait des altérations des cartilages qui rendaient parfaitement compte du développement de l'œdème, et le troisième n'est autre que celui de M. Barrier qui a été cité plus haut (observation première). Or, on n'a pas oublié les réflexions que j'ai présentées à la suite de cette dernière observation.

Dans six autres cas, la muqueuse était décolorée au niveau de l'infiltration, et ici encore on pourrait penser que l'œdème existait sans cause organique appréciable. Mais dans cinq de ces cas, on trouvait, soit une altération des cartilages, soit des ulcérations de la trachée, soit enfin une inflammation dans une partie voisine de la glotte : lésions qui rendaient parfaitement compte de l'état œdémateux du larynx. L'un de ces cas, dû encore à M. Tuilier, mérite d'être examiné attentivement, car il est un de ceux où l'œdème de la glotte peut au premier abord être regardé comme essentiel. C'est pourquoi je crois devoir présenter cette observation.

OBSERVATION QUATRIÈME (1).

OEdème de la glotte, survenu dans la convalescence d'une fièvre grave; mort. — Infiltration séro-purulente; absence de lésion de la membrane muqueuse.

Louis Ménard, vingt-trois ans, soldat, entra à l'Hôtel-Dieu le 2 mai 1814. Peu de jours après son arrivée, il fut pris d'une fièvre adynamique. Dans les premiers jours de la convalescence de cette maladie, le soir du 26 mai, il sentit une légère douleur à la gorge; quelque chose gênait sa respiration, mais ne l'empêchait pas d'avaler. Pendant la nuit il dormit peu, et le sommeil fut plusieurs fois interrompu par le besoin de respirer : il se trouvait mieux quand sa tête, élevée sur son oreiller, était portée en arrière.

(1) Tuilier (*loc. cit.*).

Le lendemain matin, l'embarras de la gorge était plus considérable, surtout pendant l'inspiration; l'expiration se faisait librement; pas de fièvre, seulement un peu d'accélération dans le pouls; à l'inspection de la bouche, nul signe d'inflammation. (Vésicatoires sur les côtés du larynx; sinap.; orge, oxymel.)

Pendant la journée, le corps qui s'opposait à la respiration semblait augmenter de volume; la douleur, ou plutôt la gêne qui résultait de sa présence, ne s'étendait pas au-delà du larynx; mais le malade était obligé de se tenir assis sur son lit et de porter plus constamment la tête en arrière. La voix était rauque et affaiblie; l'inspiration, courte, bruyante, et parfois entrecoupée, ne se faisait que difficilement, tandis que l'expiration restait toujours libre. Le soir, tous ces symptômes avaient pris de l'intensité; l'inspiration, très pénible, était accompagnée d'angoisses inexprimables; le malade disait qu'il allait suffoquer. A l'agitation, pendant laquelle on nota le regard étonné, la coloration de la face et le gonflement du cou, succédèrent bientôt l'anéantissement des facultés intellectuelles, la faiblesse du pouls, la décoloration de la face, la rareté de la respiration et la mort.

Autopsie. On ne trouve d'autre altération qu'un engorgement œdémateux de toutes les parties qui forment le pourtour de l'ouverture supérieure du larynx. La muqueuse était pâle, et l'infiltration du tissu cellulaire sous-jacent formée par une matière séro-purulente; l'épiglotte était poussée vers la base de la langue, et ses bords, tuméfiés et rapprochés l'un de l'autre au point de se toucher, semblaient faire partie de l'ouverture de la glotte.

Réflexions. On ne trouve dans ce cas aucune altération marquée de la muqueuse, et cependant l'infiltration était séro-purulente. N'est-ce pas là un motif nouveau de penser que les réflexions faites plus haut, à l'occasion du fait rapporté par M. Barrier, ne sont pas des suppositions gratuites? Évidemment l'infiltration séro-purulente est un résultat de l'inflammation,

et cependant cette inflammation dont on ne peut méconnaître l'existence, et qui a été assez intense pour donner lieu à la formation du pus, a laissé après la mort la muqueuse pâle, décolorée et sans lésion apparente. Je n'insiste pas sur ces réflexions, qui sont trop frappantes pour ne pas porter la conviction dans l'esprit du lecteur.

Dans tous les autres cas, la muqueuse présentait des lésions remarquables. Elle était rouge chez un tiers des sujets; on l'a trouvée ulcérée environ dans un sixième des cas, et enfin disséquée, séparée par du pus des parties sous-jacentes. Son ramollissement n'a presque jamais été noté : cependant je l'ai vue, dans un cas, tellement ramollie qu'elle se détachait par un simple grattage, et qu'on pouvait la prendre, au premier abord, pour une fausse membrane. Voici un résumé de ce fait remarquable.

OBSERVATION CINQUIÈME.

Œdème de la glotte, avec ramollissement de la membrane muqueuse.

Le sujet de cette observation était un homme qui avait une maladie chronique du foie, et qui succomba après trois ou quatre jours d'une dyspnée continuelle. Depuis le rebord supérieur des replis arythéno-épiglottiques jusqu'à la corde vocale supérieure des deux côtés, le tissu était tuméfié, arrondi, et formait deux bourrelets qui étaient presque en contact. Sur chacun de ces bourrelets on trouvait une plaque ovalaire, d'une étendue d'un centimètre et demi environ, dans laquelle la muqueuse, d'un jaune grisâtre, avait perdu son poli et n'avait plus qu'une consistance crémeuse. Après avoir enlevé ces détritus, il restait comme une espèce d'ulcération, et la solution de continuité de la muqueuse était très visible à son pourtour. Les incisions pratiquées dans ces parties saillantes en faisaient couler avec peine une petite quantité de sérosité, mais la pression augmentait cet écoulement d'une manière notable.

Dans ce cas, l'inflammation qui a produit le ramollissement de la muqueuse était si considérable, que si la vie s'était encore prolongée, il en serait probablement résulté une véritable ulcération.

Chez deux sujets, la *coloration* de la membrane muqueuse était toute particulière : ainsi, chez l'un d'eux, elle était d'un gris verdâtre bien prononcé, et chez l'autre, elle présentait des taches noires, gangréneuses, qui me paraissent trop remarquables pour que je ne présente pas ici cette dernière observation.

OBSERVATION SIXIÈME (1).

OEdème de la glotte survenu dans le cours d'une affection typhoïde; mort. — Plaques gangréneuses sur la muqueuse du larynx.

Un homme âgé de vingt-trois ans, d'une taille moyenne, de peu d'embonpoint, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 17 septembre 1824. Voici le sommaire que donne M. Louis des symptômes que présenta le malade : diminution de l'appétit, pesanteur universelle dans les trois premiers jours; puis affaiblissement considérable, anorexie complète, diarrhée copieuse dès son début, douleurs de ventre rares, météorisme, délire et somnolence prolongés.

Le vingtième jour de l'affection, le malade fut placé sur le bassin, où il rendit une matière pultacée, brunâtre, d'une fétidité extrême; sa langue était parfaitement nette, sa respiration un peu sifflante, et un quart d'heure après il expira.

Autopsie. Cou : glandes cervicales rouges, volumineuses et d'une bonne consistance. Pourtour de la glotte d'un rouge obscur, peu foncé, de deux lignes d'épaisseur, infiltré; de manière que l'ouverture des voies aériennes n'avait que deux lignes et demie de diamètre. Les parties externes de la glotte et les li-

(1) Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, t. I, p. 2.

gaments de l'épiglotte étaient ridés, comme si l'infiltration, d'abord très considérable, eût diminué ensuite. Au-dessous de la corde vocale supérieure gauche immédiatement, se trouvait une tache noire, arrondie, d'une ligne et demie de diamètre environ, vis-à-vis laquelle la membrane muqueuse et une petite épaisseur du tissu sous-muqueux étaient extrêmement ramollis et s'enlevaient comme une pulpe. La muqueuse était encore ramollie, bien qu'à un degré beaucoup moindre, au-dessous des cordes vocales inférieures, dans une surface de quatre à cinq lignes. Ailleurs la trachée-artère était d'un rouge peu foncé, et à cela près parfaitement saine.

Poumons sains.

Autres organes. Lésions caractéristiques de l'affection typhoïde.

Intestin grêle. La dernière ulcération, placée contre la valvule iléo-cœcale, faisait tout le tour de l'intestin dans une largeur de 20 à 30 millimètres; elle offrait à découvert, dans presque toute sa surface, la tunique musculaire, et, à son pourtour, un grand nombre de lambeaux membraneux qui, après des lavages multipliés, avaient encore une odeur de gangrène. Des lambeaux bien moins longs se détachaient des autres ulcérations et flottaient au milieu de l'eau dans laquelle on les plaçait.

Réflexions. Je n'insisterai pas longuement ici sur l'absence presque complète de tout symptôme chez ce malade; j'aurai occasion d'y revenir plus loin. Ce qu'il s'agit de faire remarquer dans ce moment, c'est cette lésion de nature évidemment gangréneuse qui se trouvait au-dessous de la corde vocale supérieure gauche. M. Louis n'a point parlé de l'odeur exhalée par la membrane muqueuse ramollie dans ce point; mais les autres caractères de la gangrène sont très manifestes, et on ne peut guère avoir de doute à cet égard, lorsqu'on rapproche de cette lésion trouvée dans le larynx celle qui existait dans l'intestin grêle et le gros intestin, et qui, outre les mêmes caractères, présentait

encore après des lavages multipliés une odeur gangréneuse bien prononcée. Il y avait évidemment chez ce sujet une tendance à la gangrène des membranes muqueuses, gangrène provoquée chez lui par une inflammation qui, chez les autres sujets, laisse à peine des traces après la mort. Ce fait est remarquable sous le rapport de l'anatomie pathologique, et prouve combien Bayle était peu fondé à regarder comme légère, dans tous les cas, l'inflammation qui produit l'œdème de la glotte.

§ III. *Cartilages.*

Après les altérations de la muqueuse, il n'en est pas de plus fréquentes que celles que l'on observe dans les cartilages. Chez seize sujets, en effet, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, on y trouvait des lésions profondes. Ainsi, six fois ils étaient profondément cariés; dans un cas même, ils étaient détruits dans une certaine étendue. Chez six autres sujets, sans être aussi profondément altérés, ils présentaient des lésions non équivoques dues à leur dénudation et à leur séjour prolongé dans un pus stagnant et fétide. Chez deux sujets qui néanmoins n'étaient pas avancés en âge, ils étaient manifestement ossifiés; chez un autre, la lésion était tellement profonde que le cartilage cricoïde était entièrement perforé; et enfin, dans deux cas, on a noté une déformation, une tuméfaction ou un affaissement de ces parties solides du larynx.

Le cartilage le plus souvent altéré est le cricoïde. Dix fois, en effet, il a présenté des lésions, soit seul, soit en même temps que les autres. Quant aux cartilages arythénoïdes, c'est ordinairement à leur base qu'ils sont altérés, et alors l'articulation crico-arythénoïdienne est détruite. Ces diverses lésions appartiennent à la phthisie laryngée, qui est, par conséquent, une cause puissante de l'œdème de la glotte.

Maintenant si nous recherchons comment ces altérations se lient à l'infiltration séreuse ou séro-purulente de la partie supérieure du larynx, nous voyons qu'autour de ces cartilages cariés,

ossifiés, nécrosés, il se forme des abcès plus ou moins considérables, que la membrane muqueuse décollée s'enflamme, que cette inflammation jointe à celle que produit, dans le tissu sous-muqueux environnant, le pus plus ou moins sanieux qui enveloppe les cartilages, se propage en diminuant d'intensité aux bords de l'ouverture supérieure du larynx et y détermine une irritation locale, cause de l'infiltration. Il est facile, en effet, de suivre dans les observations la marche de ces lésions diverses.

Épiglotte. Nous avons vu que l'épiglotte présentait d'une manière bien évidente de l'infiltration dans quatre cas; mais ces quatre cas n'étaient peut-être pas les seuls, car, dans huit autres, je trouve que cet opercule était notablement épaissi. Son épaississement était-il purement inflammatoire? N'y avait-il pas dans quelques uns de ces cas un peu de sérosité infiltrée sous la muqueuse? C'est ce qu'il est impossible de dire. Dans un cas, l'épiglotte présentait une ulcération assez profonde; dans un autre, elle avait subi une légère déformation; et au lieu de présenter une courbure à concavité supérieure, elle en offrait une assez prononcée à concavité inférieure. Enfin, chez un sujet observé par M. Louis, il existait une lésion toute particulière: c'était une fausse membrane qui existait en même temps sur le pharynx, sur la luette, et sur le voile du palais.

§ IV. *Pharynx; abcès.*

Dans près de la moitié des cas, les lésions s'étendaient au-delà du larynx et de l'épiglotte, et le pharynx lui-même en présentait de remarquables. Cette cavité était occupée par des ulcérations bien évidentes dans trois cas, dans un desquels même l'ulcération avait été, à n'en pas douter, le point de départ de la maladie.

Des abcès plus ou moins étendus se sont, également dans trois cas, développés dans le pharynx; c'était dans les amygdales qu'on les rencontrait. Dans un seul de ces trois cas, une ossification du cartilage cricoïde a été notée; dans les autres, il n'y

avait rien de semblable, et l'abcès du pharynx était évidemment la lésion primitive, celle qui avait été le point de départ de toutes les autres. Cette observation, qui appartient à M. Fabre (1), est très remarquable sous ce rapport.

Chez un sujet observé par M. Bouillaud, il existait une infiltration purulente de toute la paroi du pharynx, et le point de départ de cette violente inflammation paraissait être dans une ulcération des amygdales. Il y avait donc réunion de l'inflammation suppurative et ulcérative, et à ce titre je crois devoir citer ce fait.

OBSERVATION ONZIÈME.

Œdème de la glotte survenu dans le cours d'une bonne santé; mort. — Ulcération et infiltration purulente du pharynx.

Plagne (Louise), âgée de trente-quatre ans, cuisinière, grande et fortement constituée, fut transportée à l'hôpital Cochin, le 29 décembre, vers les six heures du soir. Voici le tableau des symptômes très graves qu'elle nous présenta : orthopnée, impossibilité d'ouvrir la bouche et d'avaler, râle guttural, voix rauque, éteinte, parole entrecoupée, sentiment de suffocation; visage décoloré, légèrement bleuâtre et terne, exprimant la frayeur et l'anxiété, œil abattu, livide et comme inanimé; résolution des forces; pouls petit, enfoncé, médiocrement fréquent. Cette femme nous rapporta, non sans beaucoup d'efforts, qu'elle n'était malade que depuis quatre jours; qu'à cette époque, après s'être exposée à un froid très vif, pendant qu'elle était en sueur, elle fut saisie de frissons, de tremblements et d'un mal de gorge des plus violents, et que, malgré l'application de cinquante sangsues (en deux fois) à la gorge et à la partie supérieure de la poitrine, sa maladie n'avait cessé de faire des progrès. Bien que cette malheureuse nous parût dans une position désespérée, on

(1) *Bull. de la Société anat.*, n° 35.

lui proposa une nouvelle application de sangsues; elle s'y refusa d'abord, sous prétexte que sa faiblesse était extrême, mais enfin elle y consentit. Quinze sangsues furent donc posées à la partie antérieure du cou, et l'on prescrivit une potion calmante. Cependant la nuit fut très orageuse; la malade, tourmentée par les angoisses d'une suffocation prochaine, ne goûta pas un instant de sommeil. Le lendemain 30, la déglutition était un peu moins gênée; la malade *expirait* plutôt qu'elle n'expectorait des matières purulentes, mêlées de sang. Le râle était moins fort; le murmure respiratoire était faible dans toute la partie antérieure du thorax, la seule qu'il nous fut possible d'explorer, vu l'état d'anxiété et de *jactation* où se trouvait la malade; l'orthopnée persistait; le pouls était toujours mince et comme embarrassé; la peau était plus froide que chaude. Fatiguée par une longue et douloureuse insomnie, cette infortunée tombait de temps en temps dans un léger assoupissement dont la violence de la dyspnée ne tardait pas à la retirer; elle demandait du vin et du bouillon pour se soutenir; mais on ne lui permit de prendre autre chose que deux juleps calmants qu'elle avala avec peine. A une heure après minuit, son visage était presque cadavérique; pâleur générale, sentiment d'une chaleur brûlante coïncidant avec un refroidissement marqué de la peau, yeux mourants, râle plus bruyant, étouffement imminent; pouls filiforme et se dérobant au doigt, fréquent; conservation de l'intelligence. Le 31, à sept heures du matin, perte de connaissance, peau couverte de sueur froide, pouls à peine sensible, fugace; agonie, mort quelques minutes après.

Autopsie trente-six heures après la mort. 1° *Habitude extérieure.* Cadavre d'une femme très robuste et ayant beaucoup d'embonpoint. 2° *Organes digestifs et respiratoires.* La membrane muqueuse du pharynx et celle du larynx présentent une rougeur vive et une belle injection. Cette rougeur s'arrête brusquement vers l'œsophage, mais se prolonge dans la trachée-artère. Dans le larynx, et du côté gauche, existe une ulcération à fond

grisâtre, à bords rouges et relevés, et tout-à-fait semblable à un chancre. L'épiglotte, enflammée, est épaisse de plus de trois lignes; il en est de même de ses ligaments. Le tissu cellulaire environnant est considérablement épaissi, infiltré et engorgé, en sorte que la glotte a moins l'apparence d'une fente que d'un véritable trou. La cavité du larynx est remplie d'une mucosité écumeuse et filante; les muscles intrinsèques de cet organe paraissent sains. Les amygdales sont rouges et enflammées; la gauche est singulièrement tuméfiée et ulcérée à sa surface, tandis que la droite, plus profondément ulcérée, est infiltrée d'un pus qui donne à son parenchyme une couleur grisâtre. Toute la partie antérieure du cou est tuméfiée, et le tissu cellulaire interposé entre les muscles de cette partie est infiltré d'un pus dont la quantité augmente à mesure qu'on s'approche de l'os hyoïde et du larynx. Le corps thyroïde, mou, est comme infiltré d'une humeur visqueuse jaunâtre. Les deux poumons sont généralement crépitants, si ce n'est à leur bord postérieur, où leur tissu, compacte, facile à déchirer, d'une couleur rouge mêlée de gris, parsemé de pus, est véritablement enflammé. La membrane muqueuse des bronches, remplies de mucosités, est injectée et d'un rouge très vif; les mucosités elles-mêmes ont une teinte rouillée et sont écumeuses. Le péritoine est parsemé de granulations *mélaniques*, suite probablement d'une ancienne péritonite. La membrane muqueuse de l'estomac est rouge et injectée, surtout vers la région pylorique, où se remarquent de longues ulcérations superficielles et irrégulières. La membrane muqueuse des intestins est saine dans toute son étendue. 3° *Organes circulatoires.* Le cœur, très robuste, mais d'ailleurs bien conformé, est enveloppé d'une grande quantité de graisse. Ses cavités, l'aorte, et les grosses veines, sont remplies de caillots fibrineux, les uns blancs, les autres rouges.

Réflexions. Cette observation est très remarquable sous plusieurs rapports. Observons d'abord la violence excessive de l'in-

flammation qui s'est développée dans le pharynx et qui a fini par donner lieu à l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques. Cette inflammation est telle que l'on serait tenté de regarder l'infiltration de la glotte comme un simple épiphénomène, si l'on ne connaissait tout le danger de cette lésion. Cette angine si violente s'est produite dans le cours d'une bonne santé, ce qui est heureusement fort rare, au moins dans nos climats, et ce qui explique comment l'œdème de la glotte, qui n'est, dans l'immense majorité des cas du moins, que la suite de l'inflammation locale, a lieu si rarement dans des circonstances semblables.

On a remarqué sans doute la manière extraordinaire dont s'effectuait l'expectoration : la malade, dit M. Bouillaud, *expirait* plutôt qu'elle n'expectorait des matières purulentes. Je me borne à constater ici ce symptôme digne de remarque ; j'aurai soin de le rappeler plus loin. Quant aux symptômes fébriles observés chez cette femme, leur grande intensité s'explique parfaitement par la violence de l'inflammation.

L'auteur ne s'est point expliqué d'une manière précise relativement à la nature de l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques. Était-elle entièrement purulente? ou de la sérosité était-elle mêlée au pus? Il est à croire que l'infiltration était séro-purulente; car, dans le cas contraire, l'auteur n'aurait sans doute pas rangé ce cas parmi les angines œdémateuses, et lui aurait donné le nom d'angine phlegmoneuse qui lui aurait mieux convenu.

§ V. *Lésions au-delà des limites du pharynx et du larynx.*

On trouvait quelquefois des lésions notables hors des limites du larynx et du pharynx. Ainsi, chez un sujet, la base de la langue était considérablement gonflée, et chez un autre, on trouva dans l'œsophage l'orifice d'une perforation qui avait été causée par une altération profonde du cartilage cricoïde. Ces deux faits présentent un haut degré d'intérêt; car, dans le

premier, le gonflement de la langue est la seule lésion profonde qui ait été mentionnée, et le second est le seul exemple de perforation œsophagienne que j'aie rencontré dans les cas d'œdème de la glotte. On pourra les consulter dans le mémoires de M. Miller(1) et dans l'article de M. Cruveilhier (2) où ils sont exposés avec détail.

Si maintenant nous examinons, indépendamment du siége qu'elles ont occupé dans le pharynx, les diverses altérations dues à une inflammation simple ou ulcéreuse, nous trouvons que l'ulcération a eu lieu dans neuf cas, c'est-à-dire chez un tiers des sujets; que les abcès se sont montrés à peu près dans la même proportion, et qu'enfin l'inflammation de la muqueuse a été positivement indiquée dans plus des deux tiers des cas.

Mais ces lésions ne se montraient pas, à beaucoup près, toujours séparément; on les rencontrait, au contraire, fréquemment réunies chez le même sujet. Ainsi, dans les cas d'ulcération, on voyait en même temps la membrane rouge, ramollie; une infiltration purulente; un abcès, etc., etc. Lorsque les cartilages présentaient une carie, on trouvait ordinairement aussi autour de cette lésion principale les altérations que je viens d'indiquer.

En *résumé* donc, il n'y a qu'un très petit nombre de cas où l'on puisse supposer, au premier abord, que l'œdème a eu lieu sans lésions organiques, et un examen plus attentif vient bientôt détruire, en grande partie du moins, cette première impression. (Voy. les réflex. qui suivent l'obs. 1re.) Dans tous les autres cas, on trouve des altérations plus ou moins profondes, et ces altérations ont leur siége, soit dans le larynx, soit plus rarement dans le pharynx, soit plus rarement encore à la base de la langue.

(1) *London med. Gazette*, 1833.
(2) *Dictionn. de méd. et de chir. pratiques*, art. *Laryngite.*

ARTICLE III.

CAUSES.

1° *Causes déterminantes.* Pour quiconque a étudié attentivement les lésions propres à l'œdème de la glotte, l'appréciation des causes déterminantes devient d'une grande facilité. Il résulte, en effet, des détails dans lesquels je suis entré plus haut, que l'œdème de la glotte provient : 1° d'une inflammation simple de la muqueuse laryngo-pharyngienne; 2° de l'ulcération aiguë ou chronique du larynx, et plus rarement du pharynx; 3° d'un abcès simple du pharynx, et plus rarement du larynx; 4° d'une altération plus ou moins profonde des cartilages laryngiens avec abcès sous-muqueux ou altération de la membrane muqueuse; 5° dans des cas exceptionnels, une d'inflammation profonde d'un organe plus éloigné, tel que la langue, inflammation qui peut, en étendant son action jusqu'à la partie supérieure du larynx, occasionner cet œdème. Enfin quelques auteurs, se fondant sur des cas observés dans le cours d'une anasarque, ont admis que l'œdème pouvait être entièrement passif; mais, ainsi qu'on l'a vu précédemment, le fait est loin d'être démontré.

Telles sont les causes déterminantes; mais il nous reste maintenant à rechercher sous quelles influences se sont produites ces causes elles-mêmes.

2° *Causes prédisposantes. Age.* Des 40 cas que j'ai rassemblés, 36 seulement nous donnent l'âge des malades, parmi lesquels 2 étaient au-dessous de dix ans. Des 34 autres, le moins âgé avait dix-huit ans. Voici, du reste, comment se répartissent les différents cas dans les séries de dix ans :

Avant 10 ans	2 (1)
De 10 à 20 (18 à 20)	5
De 20 à 30	8
De 30 à 40	4
De 40 à 50	8
De 50 à 60	5
De 60 à 70	3
à 71	1
	36

On voit, d'après ce tableau, que le nombre des sujets a été notablement plus considérable de dix-huit à trente ans qu'à aucune autre époque de la vie. Y a-t-il eu là un simple effet du hasard ? Il est permis de croire le contraire, quand on se rappelle que l'ulcération est une des lésions organiques qui causent le plus souvent l'œdème de la glotte; que l'ulcération chronique du larynx appartient presque exclusivement à la phthisie, et que cette maladie s'observe le plus ordinairement de vingt à trente ans. D'un autre côté, nous verrons que l'œdème de la glotte survient fréquemment dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde, et personne n'ignore que c'est encore dans cette période de la vie que se montre le plus grand nombre de cas de cette maladie.

Sexe. Le sexe a été noté dans les quarante cas, et l'on voit, d'après le relevé des observations, que les hommes ont été, beaucoup plus souvent que les femmes, affectés de l'œdème de la glotte. Les premiers sont au nombre de vingt-neuf, et les secondes de onze seulement. Nous retrouvons ici cette prédisposition particulière des hommes à contracter les inflammations des voies aériennes, prédisposition due, ainsi que l'ont démontré les recherches des médecins modernes, aux conditions hygiéniques dans lesquelles les deux sexes sont placés; et l'on

(1) MM. Rilliet et Barthez (*Traité clin. des mal. des enfants*, t. I, p. 431) ont, dans un ouvrage publié tout récemment, et depuis que ce mémoire est terminé, cité deux nouveaux cas d'œdème de la glotte chez des enfants de quatre à cinq ans. J'aurai occasion, plus loin, de mentionner ces faits intéressants.

ne peut s'empêcher de remarquer ici combien cette prédisposition doit être puissante, puisque malgré la très grande fréquence des ulcérations du larynx qui en sont une des causes les plus puissantes, l'œdème de la glotte est si rare.

Je viens de dire que les ulcérations du larynx qui se développent dans le cours de la phthisie sont une cause assez puissante de l'œdème de la glotte. Il semble donc au premier abord qu'il y ait contradiction entre cette assertion et le résultat que nous fournit le relevé précédent, car tout le monde sait que la phthisie est notablement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Mais il suffit d'une réflexion bien simple pour prouver que cette contradiction n'est qu'apparente. Les femmes, il est vrai, sont plus souvent atteintes de phthisie; mais, dans cet état, elles prennent beaucoup plus de précautions que les hommes, en sorte qu'elles sont bien moins exposées à l'affection secondaire dont il s'agit. Les recherches de M. Louis nous ont appris, en effet, que les ulcérations des voies aériennes sont trois fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme: ainsi se confirme l'exactitude du résultat précédent. Il en est de même de toutes les inflammations secondaires qui surviennent dans le cours de la phthisie; et on ne doit pas en être surpris, puisque si les femmes sont dans les conditions les plus propres au développement de ces accidents, les hommes y sont également, et de plus ils font tout ce qui est nécessaire pour les provoquer. N'oublions pas, d'ailleurs, que les ulcérations du larynx, chez les phthisiques, ne constituent, je le répète, qu'une des causes de l'œdème de la glotte, et qu'il en est d'autres qui agissent plus fréquemment sur les hommes que sur les femmes.

Constitution; tempérament. Il est impossible, avec les observations que nous possédons, d'indiquer rien de précis relativement à l'influence de ces deux causes prédisposantes. Je trouve seulement à l'égard de la *constitution*, que, dans la moitié des cas où elle a été indiquée (16), elle était forte, et que dans les

autres, elle était faible ou médiocrement forte. Il ne faut pas oublier que dans ces derniers cas la faiblesse de la constitution a pu être l'effet et non la cause de la maladie ; car souvent, ainsi qu'on le verra bientôt, l'œdème se produit dans le cours d'une affection chronique.

Les renseignements sur le *tempérament* sont encore moins nombreux et plus vagues. Sur dix cas où le tempérament a été noté, on trouve une légère prédominance du tempérament bilieux sanguin.

Voici d'ailleurs le tableau de ces cas :

Bilieux sanguin.	4 fois.
Bilieux	1
Sanguin.	1
Lymphatique.	2
Lymphatico-sanguin.	1
Nerveux.	1
Total. . . .	10

Que conclure de faits semblables? Évidemment rien ; non seulement parce qu'ils sont trop peu nombreux, mais encore parce que, avant de se prononcer, il faudrait déterminer la fréquence relative des constitutions et des tempéraments divers, ce que l'on n'a pas fait jusqu'à ce jour.

Saisons. Il faudrait un nombre considérable de faits pour apprécier convenablement l'influence des saisons sur la production de l'œdème de la glotte. Ceux que je possède sont insuffisants; c'est comme simple renseignement que je présente le tableau qui suit :

Octobre. . . .	2	Report	21
Novembre . . .	4	Avril.	1
Décembre . . .	4	Mai.	4
Janvier. . . .	4	Juin.	4
Février	3	Juillet	5
Mars.	4	Août	2
		Septembre. . . .	2
A reporter	21	Total. . .	39

Je n'ajoute aucun commentaire : on sent, je le répète, tout ce que ces faits laissent à désirer.

État de santé. Il est très important d'étudier quel était l'état de santé dans lequel se trouvaient les malades au moment de l'apparition des symptômes. Dans les quarante cas dont j'ai fait l'analyse, on trouve un grand nombre de détails divers qu'il est nécessaire d'étudier d'abord en particulier avant d'en présenter le tableau.

a. *Œdème de la glotte survenu dans le cours d'une bonne santé.* — Quatre fois seulement sur quarante cas, l'œdème de la glotte s'est manifesté chez des sujets qui jouissaient d'une bonne santé ; il s'est déclaré chez eux une angine qui s'est bientôt accompagnée de suffocation et de tous les signes de l'œdème. En pareil cas, l'inflammation du pharynx et du larynx qui précède l'infiltration, acquiert rapidement un haut degré de violence. Parmi les faits que je viens de mentionner, il en est un qui appartient à M. Miller (1), et dont je dois dire un mot pour deux motifs : le premier, c'est que des quatre dont il s'agit, c'est le seul qui se soit terminé par la mort, et le second, c'est que, tout en constatant que l'état général de santé ne paraissait pas altéré, il faut reconnaître qu'il existait chez le malade une petite tumeur du cou et une tendance à la suppuration qui rendaient ce cas moins simple que les trois autres.

Si l'on voulait regarder ce fait comme un exemple d'angine survenue chez un sujet déjà affecté d'une autre maladie, il ne nous en resterait donc plus que trois d'œdème non compliqué; et, chose remarquable, dans ces trois cas, la terminaison a été heureuse.

Une observation non moins digne de fixer l'attention sous le rapport de la cause, et fort intéressante en ce que la trachéotomie a été pratiquée avec succès, est une de celles qui ont été publiées par M. Bricheteau (2). Elle trouve naturellement sa place ici.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

OBSERVATION QUINZIÈME.

Œdème de la glotte survenu dans le cours d'une bonne santé; trachéotomie; guérison.

Un négociant, âgé de quarante-huit, est sujet à de fréquents maux de gorge, attribués à un gonflement anormal dans les amygdales. Jusqu'à présent les angines ont été de courte durée et se sont terminées d'une manière favorable. Le 14 août 1840, il ressentit tout-à-coup de la chaleur, de la cuisson et de la sécheresse dans l'arrière-bouche, avec de la gêne dans la déglutition; le lendemain il survint dans la respiration une gêne qui, ne faisant que s'accroître d'heure en heure, inspira au malade de sérieuses inquiétudes.

Le 17 août, il fit appeler un médecin, qui, après l'avoir examiné attentivement, diagnostiqua un œdème de la glotte: deux autres médecins furent immédiatement appelés en consultation. La respiration devenant de plus en plus sifflante et difficile, on jugea qu'il y avait urgence de faire l'opération de la trachéotomie. A cet effet, le malade fut transporté à la maison royale de santé.

Le même jour, à dix heures du soir, le malade présentait les symptômes suivants : face bleuâtre; veines frontales et jugulaires dilatées outre mesure; yeux saillants, larmoyants; sueurs et extrémités froides; pouls faible, petit; difficulté extrême de respirer, inspiration sifflante, expiration facile; gonflement et empâtement anormal au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure; rougeur et gonflement œdémateux de l'arrière-bouche, et surtout des amygdales, etc.

En portant le doigt dans l'arrière-gorge, on sent distinctement derrière la base de la langue une tuméfaction qui paraît avoir son siége dans les bords de la glotte, et au-dessous, de chaque côté, les replis arythéno-épiglottiques gonflés et œdématiés.

A tous ces symptômes, il était impossible de méconnaître un œdème de la glotte. On pensa que la seule chance de salut était le *trachéotomie.* —L'opération, pratiquée par M. Monod, n'offrit rien de particulier. Le malade passa une très bonne nuit, et respira facilement à l'aide de la canule introduite et fixée dans la trachée-artère, et qu'on avait soin de débarrasser souvent des mucosités sanguinolentes qui auraient pu l'oblitérer.

Les jours suivants, le malade se trouva si bien, que le quatrième après l'opération on put chercher à réunir les bords de la plaie à l'aide de la suture entortillée et des bandelettes de diachylon. Une bronchite aiguë qui survint s'accompagna d'une toux qui empêcha la plaie de se cicatriser. On fut obligé d'enlever les aiguilles et tout l'appareil de réunion.

La bronchite terminée, on réunit de nouveau la plaie avec des bandelettes de diachylon seulement. L'ouverture se rétrécit rapidement; et au moment où le malade sortit de la maison royale de santé (6 septembre), il n'avait plus qu'un petit trou du calibre d'une plume de corbeau, par lequel passaient de l'air et des mucosités bronchiques.

Deux mois après l'opération, le malade conservait encore une fistule bronchique d'une très petite dimension; mais cette fistule, qu'on lui a vainement proposé de guérir par la suture, ne l'empêche pas d'articuler les sons.

Réflexions. Ici nous ne trouvons, comme cause particulière, que cette grande disposition du sujet à contracter des maux de gorge. Du reste, il n'y avait chez lui aucun trouble fonctionnel ni aucun désordre organique lorsqu'il fut pris des premiers symptômes de l'angine, bientôt suivis des accidents de l'œdème de la glotte. Il est impossible de rencontrer un cas plus simple.

L'opération fut promptement pratiquée et suivie d'un succès rapide et assuré. Peut-être aurait-on pu, avant d'arriver à l'opération, employer plusieurs moyens que j'indiquerai plus loin, et qui, dans des cas semblables, ont eu des succès réels. Quoi qu'il

en soit, l'état de suffocation violente où se trouvait le malade nécessitait un traitement énergique et prompt.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer la constatation facile de l'existence des bourrelets par le toucher; elle a dû frapper le lecteur, et elle prouve combien on aurait tort de se priver systématiquement de ce moyen de diagnostic.

Il résulte des considérations précédentes que la production de l'œdème de la glotte par une angine simple est un fait rare, au moins dans nos climats; et ce fait est, d'un autre côté, mis hors de doute par l'innocuité presque constante des angines survenant chez des sujets bien portants.

b. *OEdème de la glotte survenu dans le cours d'une maladie ou dans la convalescence d'une affection aiguë grave.* — L'inflammation de la muqueuse du pharynx et du larynx a bien plus de tendance à produire l'infiltration du pourtour de la glotte lorsqu'elle survient dans le cours d'une maladie ou dans la convalescence d'une affection grave. Chez onze sujets (c'est-à-dire plus du quart du nombre total), chez lesquels la maladie s'est produite dans les circonstances que je viens d'indiquer, on n'a, en effet, trouvé, à l'autopsie, qu'une inflammation plus ou moins prononcée de la membrane muqueuse. Il y a donc entre ces cas et ceux que j'ai cités plus haut cette notable différence, que si, dans les premiers, il a fallu un degré considérable d'inflammation pour donner lieu à l'œdème, dans ceux-ci une inflammation très légère a pu avoir les mêmes résultats. C'est ce qui explique comment Bayle a regardé cette irritation productrice de l'œdème comme différant entièrement de l'angine inflammatoire violente décrite par Boërhaave. Tout en admettant qu'il y avait une légère inflammation de la muqueuse, il repoussait l'existence de la laryngite, contradiction qui lui a été violemment reprochée, et qui ne résultait évidemment que d'une confusion dans les termes. On aurait dû plutôt reprocher à Bayle d'avoir attribué à tous les cas ce qu'il n'avait vu que dans un nombre très limité; car non seulement la plupart des

observations données par les autres auteurs sont venues contredire son assertion, mais encore il cite lui-même trois observations où sont décrites des altérations profondes des tissus du larynx. Dans deux de ces cas, il existait même des abcès, indice d'une violente inflammation.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas moins certain, je le répète, que dans les circonstances particulières où nous supposons les malades, il ne faut quelquefois qu'un très léger degré d'inflammation pour donner lieu à l'œdème local. On en a la preuve dans une des observations recueillies par Bayle (1), et dans laquelle il n'est fait mention que d'un enduit muqueux assez abondant, et d'un peu de rougeur dans quelques points.

Après avoir ainsi étudié ces cas non douteux, rappelons maintenant les faits cités par Billard, par MM. Guersant, Blache, Trousseau, Belloc et Barrier. Quand on voit qu'il faut un si faible degré d'inflammation, chez des sujets convalescents d'une maladie grave, pour produire un œdème mortel, peut-on affirmer que, dans le cours ou dans la convalescence d'une scarlatine, maladie souvent très sérieuse, l'œdème de la glotte s'est développé sans aucun degré de laryngite? On n'a pas trouvé les traces de l'inflammation après la mort, cela est vrai; mais l'altération, en pareil cas, est si légère, si superficielle, que l'on comprend sans peine sa disparition dans les derniers moments de l'existence ou immédiatement après la mort. Certes, cette assertion n'aurait pas une grande valeur si elle n'était appuyée sur des faits du même genre et plus accessibles à nos moyens d'investigation. Mais ces faits sont nombreux et de nature à éclairer singulièrement la discussion. Je ne parlerai point de la disparition d'un faible degré d'inflammation après la mort: c'est un fait généralement adopté et qui ne trouve point de contradicteurs; je me bornerai à rappeler quelles sont les causes qui produisent l'œdème local dans les organes externes, et dont par conséquent nous pouvons suivre les lésions.

(1) *Loc. cit.*

Dans l'œdème des paupières, dans celui des jambes, etc., lorsqu'il n'y a point de maladie organique pour en expliquer la production, et lorsque l'infiltration reste bornée à un point limité, ne trouve-t-on pas toujours, dans le point infiltré ou dans son voisinage, une irritation érythémateuse, une inflammation érysipélateuse, un ulcère dont les bords sont irrités, etc.? or, ce qui est nécessaire pour la production de ces œdèmes locaux ne doit-il pas l'être également pour l'œdème local du larynx? On me répondra, sans doute, que, dans les cas dont il s'agit, on admet précisément que l'œdème n'est point local, mais qu'il fait partie de l'anasarque développée dans la convalescence de la scarlatine. Mais qu'on songe au nombre immense de fois où l'anasarque laisse le larynx parfaitement libre; que l'on se rappelle combien les parties supérieures des voies respiratoires sont rebelles à toute infiltration, et l'on aura peine à comprendre comment, dans les cas fort rares cités par les auteurs que je viens de nommer, les faits sortiraient à ce point de la règle générale (1). On peut admettre que, dans des cas semblables, l'infiltration du pourtour de la glotte est rendue plus fa-

(1) La disposition si serrée du tissu du larynx que nous démontre la difficulté avec laquelle on en fait sortir la sérosité, lorsque, sous l'influence d'une cause locale, elle s'y est accumulée, ne nous explique-t-elle pas suffisamment ces particularités? Et cette considération ne vient-elle pas encore s'ajouter à tant d'autres qui prouvent la nécessité d'une inflammation locale pour le développement de l'œdème de la glotte?

Malgré toutes ces raisons si convaincantes, il s'est élevé des objections. M. Fleury (*Des causes, de la nature et du traitement de l'angine laryngée œdémateuse*, — *Journal de médecine*, janvier 1844) a cru pouvoir, par des raisonnements, ce me semble, bien plus que par l'analyse rigoureuse des faits, rattacher, comme il le dit, l'œdème de la glotte à l'œdème ordinaire; mais il suffit de parcourir son travail pour voir que sa conclusion est beaucoup trop absolue. Il se fonde d'abord sur les faits d'œdème simple de MM. Barrier, Trousseau, etc.: or, nous avons vu plus haut combien ces faits sont peu convaincants; il est inutile d'y revenir ici.

Il invoque ensuite les quatre premières observations de M. Tuilier; mais l'analyse que j'en ai donnée prouve qu'il y avait dans ces cas des traces évidentes d'inflammation. Dans l'un d'eux, entre autres, on trouvait dans les mailles du tissu sous-muqueux un liquide évidemment séro-purulent: or, l'existence seule de ce liquide ne doit-elle pas nous faire

cile par la tendance universelle à l'œdème; mais jusqu'à ce que des faits plus convaincants aient été apportés en preuve, nous devons au moins rester dans le doute.

D'après les considérations que j'ai fait valoir précédemment, il est permis de rapprocher des faits précédents le cas observé par M. Barrier, ce qui élève à douze le nombre de ceux où une inflammation simple de la muqueuse du larynx, survenue dans le cours ou dans la convalescence d'une maladie grave, a produit l'œdème de la glotte. Quant à l'œdème résultant d'une inflammation ulcéreuse ou d'une collection purulente, il n'est jamais survenu dans le cours d'une bonne santé; toujours il s'est déve-

admettre une inflammation? Et n'est-ce pas ici le lieu de faire remarquer cette inadvertance qui doit frapper tout le monde dans le travail de M. Fleury, et qui consiste à regarder comme un simple œdème l'infiltration séro-purulente aussi bien que l'infiltration simple? Ce qui a trompé M. Fleury, c'est sans doute que dans un petit nombre de ces cas, et notamment dans celui que je cite, la membrane muqueuse était pâle et mince; mais n'est-ce pas plutôt une raison de ne pas s'attacher à ces caractères de la membrane muqueuse, et de ne pas les considérer comme une preuve de la non-existence de l'inflammation dans les autres cas, puisque évidemment ici la nature inflammatoire de la lésion ne saurait être douteuse?

J'ai fait voir que, dans les cas où la maladie survient dans la convalescence des fièvres graves, la lésion principale est de nature inflammatoire; M. Fleury ne pouvait donc pas invoquer, comme il l'a fait, les cas de ce genre en faveur de son opinion. Une autre objection tirée de l'efficacité du traitement n'est pas mieux fondée : parce que la saignée et les sangsues n'enlèvent pas la maladie, doit-on la regarder comme non inflammatoire? Mais alors une simple ophthalmie, un érysipèle, une angine, ne seraient pas des inflammations; car, dans ces maladies, si la saignée soulage, elle ne guérit pas immédiatement. Et si nous supposions que ces affections donnent lieu, par les lésions secondaires qu'elles occasionnent, à des accidents aussi promptement funestes que ceux de l'œdème de la glotte, ne devrions-nous pas nous attendre à une terminaison fatale, que ni la saignée ni les sangsues n'auraient le temps de prévenir? Ces affections en seraient-elles moins inflammatoires pour cela?

Une dernière réflexion : M. Fleury a toujours raisonné comme si on avait dit que l'*œdème lui-même* était dans tous les cas inflammatoire. Il y a là une confusion qu'il faut faire cesser, et qui est la source de l'erreur dans laquelle il est tombé. Ce n'est point l'infiltration elle-même qu'on a eue en vue quand on a parlé de la nature inflammatoire de la maladie, mais la lésion première qui la produit : or, sous ce point de vue, il n'y a pas d'objection possible, ainsi que je l'ai démontré. Je ne peux donc, en aucune manière, me rendre aux raisons de M. Fleury; l'étude attentive des faits ne le permet pas.

loppé soit pendant une maladie aiguë, soit à la suite d'une affection chronique.

En examinant les faits sous ce point de vue, nous trouvons d'abord treize cas où l'affection s'est manifestée dans le cours ou dans la convalescence d'une maladie étrangère au larynx, et huit cas où elle était le résultat, soit d'une phthisie laryngée avec tubercules dans les poumons (sept fois), soit d'un cancer du larynx (une fois). Restent trois cas dans lesquels il est impossible de savoir si la maladie s'est développée au milieu d'une bonne santé ou dans le cours d'une affection quelconque, les observations ne donnant aucun renseignement à cet égard.

On voit donc que la circonstance la plus favorable au développement de l'œdème de la glotte, ou plutôt de l'affection du larynx qui donne lieu à cet œdème, est l'existence d'une maladie grave ou la convalescence d'une maladie aiguë étrangère au larynx. En cet état, si les malades contractent une angine, cette affection, qui, dans des circonstances plus favorables, aurait probablement été très bénigne, devient très violente et produit les accidents dont je vais bientôt présenter la description. En réunissant, en effet, les cas où l'inflammation simple survenue dans le cours ou dans la convalescence d'une affection aiguë a produit l'œdème, à ceux où cette affection a été le résultat d'une lésion plus profonde du larynx, produite dans les mêmes circonstances, nous trouvons vingt-deux cas (c'est-à-dire plus de la moitié) où l'infiltration séreuse et séro-purulente a affecté des sujets placés dans ces conditions.

Si maintenant nous voulons préciser l'état de santé dans lequel cet accident a eu lieu, nous trouvons le tableau suivant :

Dans le cours ou dans la convalescence d'une fièvre grave (fièvre typhoïde, adynamique, putride, gastrique, etc.).	10 fois.
Dans la convalescence d'une pneumonie.	4
Dans le cours d'un érysipèle.	1
A la suite d'une scarlatine	1
Après une taille périnéale.	1
Pendant le traitement d'une fracture occasionnant la fièvre	1
Pendant la convalescence d'une congestion cérébrale.	1
Dans le cours d'un catarrhe pulmonaire	1
— d'une hypertrophie du cœur.	1
— d'un éléphantiasis.	1
	22

Ce tableau n'a pas besoin de commentaire : on voit du premier coup d'œil combien peuvent être graves les angines, *chez des sujets déjà malades.*

Quant aux affections qui se sont primitivement développées dans le larynx, ou qui ont, comme la syphilis, porté leur action spéciale sur cet organe, nous les trouvons dans douze cas, savoir :

Phthisie laryngée, sans phthisie pulmonaire.	2 fois.
Phthisie laryngée, suite de phthisie pulmonaire.	7
Cancer du larynx.	1
Syphilis.	2
	12

Viennent enfin les cas où aucun de ces états morbides n'a été constaté, et qui se divisent ainsi qu'il suit :

Œdème causé par une angine survenue dans un bon état de santé.	4 fois.
État de santé non indiqué	2
	6

Il résulte de ce tableau, où les causes de l'angine œdémateuse se trouvent spécifiées (1), la division générale suivante :

(1) Les deux cas observés par MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*) l'ont été, l'un chez un enfant phthisique, l'autre dans un cas d'érysipèle de la face, ce qui ne fait que confirmer les conclusions qui vont suivre.

1° Le plus souvent l'œdème de la glotte est dû à une angine survenue dans le cours ou dans la convalescence d'une affection soit aiguë, soit chronique, mais bien plus fréquemment aiguë ;

2° Plus rarement, il est la terminaison d'une laryngite chronique, presque toujours ulcéreuse, soit que cette laryngite ait apparu dans le cours de la phthisie pulmonaire, soit, ce qui est bien plus rare, qu'elle se soit développée primitivement;

3° Dans un nombre limité de cas, une angine laryngée survenue dans le cours de la santé peut donner lieu à l'œdème de la glotte;

4° Il est au moins douteux qu'il existe un œdème de la glotte purement passif.

Après avoir présenté ces résultats, je dois ajouter que je ne prétends pas les donner comme définitifs, puisqu'ils sont fondés sur un nombre de faits trop borné, mais bien comme l'expression des principaux faits aujourd'hui connus, et comme pouvant servir de base aux recherches ultérieures. Toutefois, si l'on a égard à ce qui a été dit plus haut, au rapprochement que j'ai établi entre les divers cas, et aux inductions que j'ai dû légitimement en tirer, on aura lieu de croire que les nouvelles observations n'apporteront pas de changements très notables à cette division des causes de l'œdème, et qu'elles viendront au contraire la confirmer.

J'ai exposé les faits; quant aux explications qu'on peut demander sur la manière dont les diverses altérations précédemment décrites peuvent produire l'œdème de la glotte, elles sont très faciles, et déjà je les ai indiquées plus haut, en sorte qu'il me suffit de les rappeler rapidement.

Qu'une inflammation se développe dans une partie du corps où existe une trame celluleuse bien apparente, ou seulement dans le voisinage de cette partie, l'on voit bientôt le tissu cellulaire se gorger plus ou moins d'un liquide séreux ou séropurulent suivant la violence de l'inflammation : c'est ce que l'on observe dans le tissu cellulaire sous-cutané, quand la peau est en-

flammée; c'est ce que l'on remarque aussi dans le tissu cellulaire palpébral quand il y a une inflammation dans le voisinage de l'œil ou dans l'œil lui-même; c'est encore ce que l'on voit à la suite de la simple section du prépuce, après laquelle celui-ci s'infiltre souvent d'une manière très notable. Les exemples de ce genre pourraient être multipliés à l'infini. Cet effet peut avoir lieu chez des sujets bien portants d'ailleurs; mais il est bien plus fréquemment produit lorsque le sujet est affaibli par une maladie antérieure, lorsque son sang est appauvri, ou lorsqu'il y a une tendance à l'œdème général. Nous trouvons là l'explication de ce qui se passe dans le larynx, quand une angine violente survient chez un sujet bien portant, et lorsqu'une angine, même légère, qu'elle ait son siége principal dans le larynx ou dans le pharynx, attaque un sujet affecté ou convalescent d'une autre maladie. Mais poursuivons notre comparaison. Si un ulcère se développe avec un certain degré d'irritation dans un des points du corps précédemment signalés, on voit ses bords se gonfler, et, l'irritation gagnant de proche en proche, le tissu cellulaire voisin s'infiltrer. Cet effet se remarque dans les ulcères chroniques, lorsque par une cause quelconque ils sont notablement irrités, tout aussi bien que dans les ulcères aigus. On voit les choses se passer de la même manière autour des abcès, soit simples, soit résultant de la carie d'un os.

En étudiant attentivement les faits que je viens d'indiquer, on voit, pour ainsi dire, se produire à l'extérieur les divers phénomènes qui finissent par déterminer l'infiltration séreuse ou séro-purulente du larynx; et de plus, on trouve dans ces exemples la raison de cette prédilection qu'affecte l'œdème pour les replis aryténo-épiglottiques. Ces replis sont bien plus souvent infiltrés que les autres parties du larynx, parce que le tissu cellulaire y est beaucoup moins serré que partout ailleurs. C'est par la même raison que le tissu cellulaire des paupières et du prépuce s'œdématie particulièrement dans les cas d'ulcères et de plaies ayant leur siége aux environs.

ARTICLE IV.

SYMPTÔMES.

Pour tracer la description des symptômes d'une manière méthodique, je crois devoir d'abord ceux-ci prendre un à un, afin de les étudier dans tous leurs détails et de ne rien laisser passer de ce qui peut être important pour le diagnostic ; puis, arrivant à la *marche* de la maladie, je décrirai les accès de suffocation, leur mode d'apparition, leur durée et leur terminaison, de manière à présenter un tableau complet de l'œdème de la glotte. Réunissant ainsi l'analyse à la synthèse, je montrerai l'affection sous toutes les faces sous lesquelles il importe de la considérer.

§ I. *Début.*

Le *début* de l'œdème de la glotte est très rarement *subit*, puisque, dans les quarante cas que j'ai examinés, deux seulement peuvent être regardés comme s'étant montrés de cette manière : encore ne faut-il admettre qu'avec restriction l'existence de cette espèce de début. Il est, en effet, très facile de se laisser induire en erreur par un premier accès de suffocation très intense, et de méconnaître l'existence antérieure de plusieurs signes évidents de la laryngite. Les deux cas que je viens de citer appartiennent à Bayle et à M. Bricheteau ; on peut les consulter dans les mémoires de ces auteurs.

S'il est rare que le début soit subit, il est très fréquent au contraire d'observer un début violent et *rapide*. Dans presque tous les cas, l'affection arriva à son plus haut degré au bout de un, deux ou trois jours. On verra, au reste, par le peu de durée de la maladie, combien les premiers symptômes doivent devenir promptement intenses.

Bayle ayant vu, chez quelques sujets atteints d'affection chronique du larynx, les premiers accès être séparés par de longs intervalles, avait pensé que, dans ces cas, l'invasion de la maladie

était très lente : cette opinion a été reproduite récemment par MM. Trousseau et Belloc; mais on verra, quand je tracerai la marche de la maladie, qu'il est plus que probable que ces premiers accès appartiennent à plusieurs œdèmes distincts, dont les premiers se sont heureusement terminés.

§ II. *Symptômes.*

Douleur. La douleur est le premier symptôme qui se présente à l'observation : je vais l'examiner successivement dans le larynx, dans le pharynx, et enfin dans ces deux organes à la fois.

1° *Douleur du larynx.* — Si nous ne considérons que la *douleur spontanée*, sans provocation d'aucune espèce, nous trouvons que ce symptôme a existé dans le larynx un peu plus souvent que dans le pharynx. Cinq fois, en effet, il est noté dans le premier de ces deux organes, sans l'être dans le second. Nous verrons plus loin qu'il en est tout différemment de la douleur provoquée. La douleur spontanée a existé vingt-trois fois dans le larynx, elle était vive seulement dans cinq cas, et très vive chez un sujet dont le larynx présentait des lésions très profondes, telles que dénudation, perforation des cartilages, abcès, etc.

Il est rare, comme on le voit, que la douleur soit portée à un très haut degré; le plus souvent le malade ne paraît la remarquer que quand on dirige son attention sur elle. Chez cinq sujets elle ne consistait qu'en quelques picotements ou une gêne légère, incommode seulement par sa persistance; sept autres éprouvèrent des sensations diverses; un avait le sentiment d'une boule fixée à la région laryngienne; trois croyaient sentir un corps étranger dans le larynx; un autre éprouvait une sensation de strangulation, et des deux derniers, l'un ressentait une sécheresse incommode dans le larynx, et l'autre une chaleur assez élevée.

La *douleur provoquée* n'était jamais très considérable dans le

larynx ; sept sujets seulement l'ont accusée, mais il faut dire que, dans la grande majorité des cas, on a négligé de la chercher. C'était la pression vers la partie supérieure du larynx qui provoquait ordinairement cette espèce de douleur ; dans un cas elle était provoquée, non plus par la pression, mais *par le passage de l'air*.

En résumé : Trente-deux sujets ont éprouvé dans la région du larynx, soit une douleur vive, soit, bien plus fréquemment, une douleur légère, soit enfin quelque sensation de nature variable (sensation de *strangulation*, d'un *corps étranger*, d'une *boule*, etc). C'est donc là un symptôme important, et qui le paraîtra encore davantage, si j'ajoute que, dans un bon nombre de cas, la douleur du larynx s'est montrée, alors même que la suffocation était encore peu considérable. Il faut aussi remarquer que, dans la plupart des autres cas, l'existence de la douleur ne paraît pas avoir été recherchée, en sorte qu'on peut supposer qu'avec un peu plus d'attention on l'aurait plus souvent rencontrée, puisque son absence n'est formellement indiquée que dans un seul cas.

2° *Douleur du pharynx.* — La *douleur spontanée* a été, ai-je dit, moins fréquemment notée dans le pharynx que dans le larynx ; douze fois seulement il en est fait mention, et sur ce nombre, dix fois elle existait en même temps que la douleur laryngienne ; elle n'a été vive que chez cinq sujets, dont un seul s'en plaignait avec énergie.

Il n'en était pas de même de la *douleur provoquée*, puisque vingt et une fois elle a été notée dans les observations, de sorte qu'il est bien positif qu'elle s'est montrée chez plus de la moitié des sujets ; mais par les raisons que j'ai données plus haut, il est plus que probable qu'elle a existé plus souvent, car plusieurs auteurs se sont bornés à décrire les principaux symptômes. C'était pendant la déglutition que cette douleur se faisait sentir à un degré plus ou moins remarquable : chez quatre sujets, elle était extrêmement vive, et, chez quatre autres, elle était portée au

point que tout effort de déglutition était impossible. Dans un cas, entre autres, cette impossibilité fut si complète, qu'on fut obligé d'alimenter le malade à l'aide de la sonde œsophagienne.

Chez les autres sujets il y avait seulement une gêne marquée dans l'action d'avaler les liquides, et quelquefois aussi une tendance presque continuelle à faire des efforts pour avaler la salive, comme dans toutes les angines pharyngiennes; chez un seul, la douleur consistait en simples picotements, comme dans le larynx, et un autre avait, en même temps qu'une gêne marquée de la déglutition, une sensation de chaleur dans l'arrière-bouche.

Parmi les sujets qui présentaient une *douleur spontanée*, cinq seulement n'ont point été notés comme offrant une douleur pendant la déglutition : peut-être est-ce un oubli de la part des observateurs? Quoi qu'il en soit, si l'on réunit ces cinq cas aux vingt et un dont il vient d'être fait mention, on voit que, chez vingt-six malades, il existait, soit une gêne, soit une douleur provoquée, soit une douleur spontanée dans le pharynx.

Rejet des boissons par le nez. Chez trois sujets seulement un symptôme particulier a été constaté, c'est le rejet des boissons par le nez. Ce symptôme est, comme on sait, très fréquent dans les lésions plus ou moins profondes de l'épiglotte : il s'agit donc de savoir quel était, dans ces trois cas, l'état de cet opercule.

Une fois l'épiglotte était ulcérée, et c'est le seul cas de ce genre qui se trouve dans les observations que j'ai rassemblées; dans un autre cas, elle était seulement très infiltrée, et enfin, dans le troisième, elle ne présentait pas de lésion notable. Ce dernier cas paraît d'autant plus extraordinaire que rien dans le pharynx et dans l'état de la partie supérieure de la glotte ne rend compte du phénomène dont il s'agit. Pour ces motifs, je vais rapporter ici cette observation.

OBSERVATION NEUVIÈME.

OEdème de la glotte survenu chez un phthisique; rejet des boissons par le nez; mort. — Point de lésion de l'épiglotte (1).

Un domestique, âgé de trente-deux ans, malade depuis seize mois, entra à la Charité le 15 avril 1822. Il était étroit, de petite taille, très sujet aux rhumes avant et depuis une pleurésie qu'il avait eue à l'âge de vingt-cinq ans; il attribuait sa maladie à des refroidissements auxquels il avait été exposé dans un voyage fait pendant l'hiver de 1820 à 1821. Depuis lors, signes rationnels de la phthisie.

Le 16 avril, physionomie assez naturelle, toux peu fréquente le jour, incommode pendant la nuit, crachats verdâtres, opaques et sans stries. Poitrine sonore dans toute son étendue, retentissement considérable sous les clavicules, pectoriloquie imparfaite entre la colonne vertébrale et l'omoplate du côté droit; voix altérée, voilée, à peu près comme depuis deux mois, sans douleur au larynx. Pouls fréquent, large et développé, chaleur peu considérable, nul frisson depuis huit jours. Anorexie, douleur de gorge, rougeur au bord libre du voile du palais, et au pharynx; déglutition facile, épigastre indolent, quatre selles liquides dans les dernières vingt-quatre heures. (Lich.; pot. gommeuse; quart de port.)

Le 26, aphonie complète, ardeur, picotement au larynx, rougeur au bord libre du voile du palais et au pharynx, déglutition gênée, trois selles très molles, sueurs copieuses. (Douze sangs. anus; vés. cou; viol. sir. gom.; pot. gom.)

Le 10 mai, l'aphonie continuait, mais les douleurs du larynx étaient moindres qu'à l'ordinaire; les boissons revenaient quelquefois par le nez, il n'y avait point de douleur le long du cou.

Le lendemain et le surlendemain, pas de changement, du

(1) Louis, *Recherches sur la phthisie*. 2e édit. Paris, 1843, observ. XLV^e.

moins sensible; il n'y en eut pas non plus le 13, et ce même jour, deux heures après la visite, le malade fut trouvé mort.

Autopsie vingt-trois heures après la mort.

Cou. OEdème des bords de la glotte, un peu plus considérable à droite qu'à gauche, d'une ligne et demie d'épaisseur dans ce dernier sens; membrane muqueuse du larynx pâle et dans l'état naturel. Immédiatement au-dessous des cordes vocales, deux ulcérations de 3 lignes de diamètre; et 2 pouces au-dessus de la bifurcation de la trachée-artère, sur la portion charnue, autre ulcération de 4 lignes de large sur huit de hauteur : la membrane muqueuse intermédiaire parfaitement saine.

Poitrine. Excavations tuberculeuses.

Réflexions. Un assez grand nombre de sujets phthisiques présentent tous les symptômes auxquels ce malade a été en proie, sans qu'à l'autopsie on trouve un œdème de la glotte; mais alors il y a presque toujours des érosions de l'épiglotte qui sont la cause matérielle du rejet des boissons par le nez. Ici, il n'y avait point de lésion de l'épiglotte, et la légère rougeur observée dans le pharynx et sur le voile du palais pendant la vie n'était point suffisante pour expliquer un symptôme qui semble annoncer une lésion profonde. On ne peut donc, dans ce cas, rapporter le rejet des boissons par le nez qu'à l'œdème de la glotte lui-même, qui, ne permettant plus à l'épiglotte de fermer l'entrée du larynx au moment de la déglutition, laissait arriver quelques gouttes de liquide sur les bords enflammés de la glotte et occasionnait le mouvement de régurgitation. Ce cas peut d'ailleurs être rangé parmi les cas d'œdème latent, car il n'a présenté qu'un petit nombre de symptômes qui pouvaient être rapportés à d'autres lésions.

S'il est remarquable de voir un symptôme particulier se produire ainsi dans un cas sans que rien, dans les lésions anatomiques, le fasse différer des autres, il ne l'est pas moins de voir ce symptôme manquer dans la plupart des cas où l'épiglotte offrait

des altérations notables. C'est ce dont on peut s'assurer en se rappelant ce qui a été dit plus haut, relativement à l'état anatomique de cet organe.

Quoi qu'il en soit, il résulte de ce fait que l'œdème de la glotte peut être une cause du rejet des boissons par le nez, ce que l'on conçoit du reste très bien, je le répète, quand on songe à l'irritation que doivent produire les liquides en passant sur l'ouverture enflammée de la glotte, qui n'est plus suffisamment protégée par l'épiglotte soulevée.

Dans quelques cas, la déglutition a été au contraire facile. Trois observations s'expriment formellement à cet égard. Dans un de ces trois cas, il y avait néanmoins une douleur spontanée légère et dans le larynx et dans le pharynx. Dans un autre, la douleur était bornée au larynx, et encore fallait-il une légère pression pour la déterminer. Enfin, le troisième sujet n'accusa qu'une douleur très légère au début, douleur qui disparut lorsque les symptômes de suffocation furent devenus très intenses. Cette dernière observation appartient à M. Lawrence(1). J'aurai occasion de la mentionner de nouveau à propos de la *laryngotomie* qui fut pratiquée, dans ce cas, avec succès.

3° *Douleur considérée à la fois dans le larynx et dans le pharynx.* — Si, après avoir ainsi présenté en détail ce qui a rapport à la douleur et aux diverses sensations éprouvées par les malades, nous examinons ce symptôme à la fois dans le pharynx et dans le larynx, et sans tenir compte des nuances qu'il a offertes, nous trouvons qu'il peut être regardé comme presque constant, puisque, sur les quarante cas dont je donne l'analyse, il a été noté trente-huit fois. Il était important de constater ce résultat, et de le mettre hors de doute par les détails qui précèdent; car il peut servir à démontrer la nature inflammatoire de l'affection, au moins dans l'immense majorité des cas. La douleur est en effet un symptôme de l'inflammation, et l'on

(1) Voy. *Med.-chir. transact.*, t. VI.

conçoit difficilement comment un œdème simple pourrait la produire.

Toux. Ce symptôme a été fort négligé par les auteurs, puisque quatorze observations seulement en font mention. Il est très probable que, faisant déjà, dans plusieurs cas, partie de la maladie préexistante, il a paru d'un intérêt secondaire aux observateurs qui, par suite, l'ont passé sous silence. Voici ce qui a été noté dans les quatorze cas que je viens d'indiquer.

La toux était rarement fréquente; quelquefois sèche, elle était plus souvent accompagnée d'une expectoration plus ou moins abondante. Chez un sujet elle était quinteuse; chez un autre elle était provoquée par une légère pression sur le larynx. Elle ne fut vraiment remarquable que dans un cas où elle présenta les caractères de la toux croupale. Le diagnostic différentiel du croup et de l'œdème de la glotte ayant quelque importance, il ne sera pas sans intérêt de rapporter cette observation, afin de l'examiner sous ce point de vue.

OBSERVATION DIXIÈME.

Œdème de la glotte survenu dans la convalescence d'une pneumonie; toux croupale; trachéotomie; mort. — Abcès du larynx (1).

Le 14 mai 1841, on reçut à l'hôpital Necker une femme de Vaugirard, âgée de quarante-deux ans; elle avait, depuis deux jours, une pneumonie occupant la moitié inférieure du poumon gauche, pour laquelle M. le docteur Desquibes lui avait, la veille, fait une saignée du bras de quatre palettes; ce qui n'empêcha pas la maladie de s'étendre et de passer au second degré.

Le 20 mai, la malade, traitée par le tartre stibié, était en convalescence, mais se plaignait d'une douleur à la gorge, pour laquelle on lui prescrivit un gargarisme et un pédiluve sinapisé.

(1) Recueillie par M. Bricheteau (*loc. cit.*).

Le 21, cette douleur avait un peu augmenté; la déglutition était difficile et douloureuse; la voix rauque, altérée; l'expectoration mousseuse, très abondante. Le lendemain, cet état était à peu près le même; la respiration gênée, le murmure respiratoire très faible, et l'isthme du gosier ne présentait encore qu'une légère rougeur. (Douze sangsues au cou, au niveau de l'os hyoïde.)

Le 23, la saignée avait beaucoup diminué la douleur; néanmoins le soir il y avait une vive anxiété, l'inspiration et l'expiration étaient également bruyantes et difficiles; la voix et la toux rauques et presque *croupales*. (Vomitif avec l'ipécacuanha et le tartre stibié, frictions avec l'onguent napolitain.)

Le 24, des vomissements assez copieux avaient été suivis de sommeil et de calme; mais la respiration était toujours gênée, l'inspiration était particulièrement difficile et bruyante, la *toux croupale*. (Frictions avec l'onguent napolitain, potion avec les teintures de Rousseau et de castoréum.)

Le 25, la malade éprouvait des suffocations qui l'obligeaient à rester sur son séant; la face était vultueuse et couverte de sueur, les veines gonflées et les extrémités refroidies; le pouls petit, fréquent. Ayant introduit deux doigts dans la bouche, et les ayant fait glisser sur la base de la langue et sur l'épiglotte, je sentis distinctement deux bourrelets formés par le gonflement des bords de la glotte. La suffocation et la gêne de la circulation m'engagèrent à prescrire une saignée du bras, qui ne produisit aucun soulagement. Je fis prier mes collègues MM. Trousseau et A. Bérard, de venir voir la malade, qui me parut dans un péril imminent. Après l'avoir examinée et constaté l'existence des bourrelets dont j'ai parlé tout-à-l'heure, leur avis fut qu'il n'y avait d'espoir de salut que dans la trachéotomie. Je me rendis à cet avis, et bientôt après, l'opération fut pratiquée avec une grande célérité par M. Bérard; la malade perdit à peine quelques gouttes de sang. Quand la canule eut été placée, une grande quantité de mucosités fut violemment

expulsée; la respiration revint de suite à l'état normal, ainsi que le murmure respiratoire. La malade, après avoir éprouvé une légère syncope pendant qu'on la reportait dans son lit, fait comprendre qu'elle se trouve bien et qu'elle ne souffre pas. Néanmoins on remarque le soir une grande prostration; le pouls est petit, faible (120). On introduit une nouvelle canule dans la première, qui reste en place, et dispense d'une introduction plus ou moins douloureuse.

Le 26, quoique la malade ait dormi, que la respiration paraisse facile, la prostration et la faiblesse n'ont fait que s'accroître. Le pouls est d'une fréquence extrême; je compte 160 pulsations par minute. Mort à huit heures du soir.

Autopsie trente-six heures après la mort.

La base de la langue, l'épiglotte et ses ligaments ne présentent rien d'anormal; les replis aryténo-épiglottiques sont gonflés, denses, épaissis, et faiblement colorés en rouge. Une dissection attentive fait connaître que le droit est creusé par une cavité formant un petit sac sans communication avec le ventricule correspondant du larynx. Cette cavité est à moitié remplie de pus de mauvaise nature, qui a mis a nu et presque détruit l'articulation crico-aryténoïdienne et ses dépendances. La même lésion existe du côté gauche, mais à un degré moins considérable. La membrane muqueuse qui tapisse le larynx au-dessous des cordes vocales inférieures est lardacée et épaisse de 4 millimètres, presque séparée du cartilage cricoïde, auquel elle ne tient que par des *tractus* muqueux et purulents. Le cartilage cricoïde est ossifié en arrière, carié et criblé de cellules en quelques points. Les cartilages aryténoïdes sont aussi presque complétement ossifiés, surtout à droite, au niveau de l'articulation aryténo-cricoïdienne.

Poitrine. Les bords de la division de la trachée ne présentent rien de particulier: trois anneaux ont été coupés par l'instrument tranchant, ainsi que l'anneau cricoïdien. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches présente une rougeur

uniforme sans épaississement. Les poumons sont sains, ainsi que la plèvre; l'intérieur des gros vaisseaux présente la même coloration, le cœur paraît dans l'état normal. On ne trouve aucune lésion notable dans les autres organes.

Réflexions. Ici la maladie était évidemment due aux progrès d'une affection ancienne du larynx. L'état des parties molles recouvrant le cartilage cricoïde, et de ce cartilage lui-même, ne peut, en effet, être rapporté à une affection récente. Cependant il semblerait, d'après les détails de l'observation, que la maladie du larynx n'a réellement commencé que cinq ou six jours avant la mort. Mais il est plus que probable qu'une pneumonie violente étant survenue chez cette femme, le premier médecin, trop occupé de la maladie principale, n'aura point songé à faire des questions sur l'état antérieur du larynx, et lorsque la malade est arrivée à l'hôpital, elle était dans un état tel que l'interrogatoire était nécessairement très difficile.

L'opération de la trachéotomie a été pratiquée; mais elle l'a été à une époque très avancée, alors que les forces commençaient à être épuisées, et dans cet état de demi-asphyxie dont il est si souvent impossible de tirer les malades, même lorsqu'on a réussi à rétablir convenablement la respiration. Si l'on joint à ces circonstances défavorables la gravité des lésions de l'organe, on conçoit sans peine qu'un soulagement passager ait été le seul résultat de la trachéotomie. Dans le cas précédent, tout consistait dans un obstacle au passage de l'air : lever cet obstacle, c'était guérir la maladie; ici les choses étaient fort différentes, comme on vient de le voir.

Quand j'aurai ajouté que, chez un sujet, la *toux* disparut ainsi que l'expectoration deux jours avant la mort, et que, chez un autre, elle était plus fréquente la nuit que le jour, j'aurai fait connaître tout ce qui est relatif à ce symptôme, dont l'importance est évidemment secondaire.

Expectoration. L'expectoration n'a pas attiré davantage l'at-

tention des auteurs. Il n'en est question que dans treize cas : sur ce nombre, neuf ont présenté une expectoration variable, et trois n'en ont offert à aucune époque de leur maladie. Chez quatre sujets elle était purement muqueuse, chez trois elle était purulente, et chez trois aussi la matière de l'expectoration était tachée par un peu de sang. Enfin, chez un malade, l'expectoration était devenue impossible. — Je n'en dirai pas davantage sur ce symptôme, qui ne peut donner aucun renseignement positif sur la nature de l'affection.

Voix. L'altération de la voix est un symptôme des plus constants, si même il ne doit pas être regardé comme constant. Dans trente cas, en effet, il est mentionné d'une manière positive, et dans les dix autres qui sont rapportés succinctement, il n'est nullement fait mention de l'état de la voix. Quoique les auteurs se soient servis d'expressions variées pour désigner cette altération, on voit facilement qu'elle est la même, sauf le degré, dans tous les cas. La voix d'abord rauque, puis voilée, puis basse, devenait, dans le plus grand nombre des cas, éteinte ou presque éteinte vers la fin de la maladie. Dans un cas seulement (1) elle a été désignée comme *croupale.*

L'altération de la voix fut remarquable dans un cas, en ce qu'elle ne se produisit d'abord que d'une manière intermittente. L'œdème de la glotte ne se serait-il pas, dans ce cas, produit d'abord à plusieurs reprises, d'une manière passagère, jusqu'à ce qu'enfin devenant permanent, il ait entraîné le malade au tombeau?

Enfin, chez un sujet, la voix était *nasonnée;* mais il faut rapporter ce symptôme à un abcès volumineux qui existait dans l'amygdale plutôt qu'à l'œdème de la glotte.

Râle trachéal. Ce phénomène ne se trouve mentionné que dans deux observations.

Respiration. Il est très difficile de donner une description

(1) Observ. de M. Legroux (*loc. cit.*).

générale de l'état de la respiration dans cette maladie. On le comprend sans peine, puisque les accès de suffocation font sans cesse varier ce signe important. Cependant il est quelques considérations générales qui méritent de trouver leur place ici, et que je me bornerai à présenter, renvoyant pour la description des accès à l'article consacré à la marche de la maladie.

Une gêne plus ou moins considérable de la respiration est le principal symptôme de l'œdème de la glotte. Cependant nous avons trouvé dans certaines circonstances ce phénomène très peu prononçé (observations sept et huit); mais même dans ces cas on voit que la respiration n'a pas été complétement libre, puisqu'elle était un peu *sifflante* dans l'un, *embarrassée* dans l'autre. Ces phénomènes, il est vrai, n'ont été remarqués que peu de temps avant la mort; mais il suffit qu'ils aient existé, pour qu'on doive les attribuer à l'œdème de la glotte.

Dans les autres cas, la gêne de la respiration était portée, au moins dans certains moments, à un très haut degré. Je trouve en effet que, chez trente-cinq sujets, elle était extrême et la suffocation imminente. De ce nombre, neuf seulement étaient obligés, soit d'une manière continue, soit au moment des accès, de se mettre sur leur séant, ou de s'élancer hors du lit pour respirer. Quelques uns présentaient des symptômes d'asphyxie non seulement pendant les accès, mais encore dans des intervalles de calme incomplet. En général, il n'en était ainsi qu'aux approches de la mort.

Un des phénomènes les plus remarquables, c'est *la difficulté très différente de l'inspiration et de l'expiration.* Bayle avait fortement insisté sur ce fait, qui l'avait beaucoup frappé. La remarque qu'il en avait faite est fort juste; cependant, en examinant attentivement les cas, on voit qu'il avait un peu trop généralisé ce résultat de son observation. Voici, en effet, ce que nous apprennent les faits que j'ai rassemblés. Dans vingt-quatre cas où on a noté avec soin le premier et le second temps de la respiration, l'inspiration a été formellement désignée comme

sifflante quinze fois. Dans huit cas, ou l'a trouvée *bruyante*, et quelquefois avec des caractères particuliers : ainsi M. Legroux y a reconnu le *cri du coq*, un *claquement de soupape*, un *frôlement ;* d'autres ont dit que l'inspiration était *rauque, râlante*, etc. Dans le vingt-quatrième cas, l'inspiration était seulement *très difficile*. — Quant à l'expiration, elle n'a été étudiée que dans dix-huit cas, qui tous font partie de ceux où nous avons trouvé l'inspiration bruyante ou difficile : or, si nous rapprochons ces cas, voici ce que nous obtenons. Dans treize, l'expiration était *libre, facile* et *non bruyante*, alors même que l'inspiration présentait à un degré marqué les altérations qui viennent d'être indiquées. Chez cinq sujets seulement l'expiration parut difficile, et deux fois elle se faisait avec un bruit semblable à celui de l'inspiration. Il est à remarquer, en outre, que, dans le cas où l'inspiration et l'expiration ont été notées comme difficiles, le second temps l'était beaucoup moins que le premier. Cette différence dans la facilité des deux temps de la respiration, aujourd'hui bien reconnue, a une importance évidente ; toutefois il ne faut pas lui accorder une valeur exagérée, ainsi qu'on le verra à l'article *Diagnostic*.

Il est à peine nécessaire de revenir sur ce qui a été dit dans la description des lésions anatomiques, pour expliquer une différence aussi marquée dans l'état des deux temps d'une même fonction. On se rappelle, sans doute, en effet, la difficulté que, dans les expériences sur le cadavre, on éprouve à faire pénétrer de haut en bas de l'air dans le larynx, tandis qu'on le fait passer facilement de bas en haut. Les choses se passent de même pendant la vie. Quant au *bruit de soupape*, il est produit sans doute par les mouvements des bourrelets œdémateux. M. Legroux (1) en a rapporté un exemple remarquable.

Je ne m'étendrai pas davantage sur cette gêne de la respiration, puisque je devrai, je le répète, y revenir plus tard.

Pour compléter la description des symptômes locaux, il me

(1) *Loc. cit.*

reste à parler de l'aspect du pharynx et du toucher à l'aide du doigt porté sur la partie supérieure du larynx : car assez souvent ces moyens d'exploration ont procuré des renseignements utiles.

Inspection du pharynx. L'examen de l'arrière-bouche a été très négligé, puisqu'il n'a eu lieu que chez un peu plus du quart des sujets. Cependant les résultats obtenus par cette exploration prouvent combien elle est utile au diagnostic. Sur treize sujets chez lesquels cet examen a été fait, il n'en est qu'un qui n'ait point offert quelque lésion du pharynx : dans tous les autres cas, soit la totalité de cette cavité, soit le voile du palais, soit les amygdales, soit seulement la luette ou la face pharyngienne de l'épiglotte, ont présenté une rougeur manifeste, accompagnée ou non de tuméfaction apparente; bien plus, chez deux sujets, la demi-transparence des tissus annonçait que cette tuméfaction était due à une infiltration séreuse de ces organes. Il est donc très important, lorsqu'on soupçonne l'existence d'un œdème de la glotte, d'examiner attentivement le pharynx ; mais quelquefois, comme dans l'observation de M. Bouillaud, citée plus haut, cette exploration est très difficile, à cause même de l'intensité de l'inflammation pharyngienne, qui ne permet pas aux malades d'ouvrir suffisamment la bouche.

Toucher. C'est M. Tuilier qui le premier a employé ce moyen de diagnostic; plusieurs observateurs l'ont ensuite mis en pratique, et quelques uns ont confirmé les résultats auxquels M. Tuilier était déjà parvenu. Mais, se fondant sur la grande difficulté de l'exploration, et sur le peu de précision que doit avoir le toucher exercé ainsi rapidement au fond de l'arrière-bouche, d'autres ont avancé que cet examen était inutile. Les faits que j'ai sous les yeux prouvent combien cette assertion est peu fondée : dans douze cas où le toucher a été méthodiquement exercé, deux fois, il est vrai, aucune sensation distincte n'a fait reconnaître l'existence des bourrelets œdémateux, et cependant l'autopsie est venue démontrer que les replis aryténo-épiglottiques étaient notablement infiltrés; mais, sans chercher l'expli-

cation de ce fait, qu'on pourrait peut-être trouver dans la grande mollesse de ces replis infiltrés, j'ajouterai que, dans tous les autres cas, on a senti, soit des bourrelets saillants à l'ouverture de la glotte (huit fois), soit un gonflement considérable de l'épiglotte se prolongeant vers le larynx (deux fois); ce résultat est assez important pour qu'on ne doive jamais se dispenser de rechercher par le toucher un signe qu'il faut regarder comme *pathognomonique*. J'insiste d'autant plus sur ce point qu'aucun fait authentique ne prouve que le toucher ait donné de fausses sensations, et ait fait croire à l'existence du bourrelet, quand il n'y en avait pas de trace. Je renvoie toutefois à ce qui sera dit à ce sujet dans l'article consacré au diagnostic.

État de la poitrine. Pour terminer ce qui est relatif aux symptômes locaux de l'œdème de la glotte, il me reste à exposer rapidement le peu de renseignements que les auteurs nous ont fournis sur l'état de la poitrine. Sans doute, dans ces dernières années, l'auscultation et la percussion ont été fréquemment pratiquées; mais soit qu'elles n'aient fait connaître rien de remarquable, soit que les auteurs aient négligé d'en consigner les résultats, on ne trouve ceux-ci mentionnés que dans sept cas. Trois fois à l'*auscultation*, on a entendu du râle crépitant ou sous-crépitant à la partie postérieure de la poitrine ou sous les clavicules : il y avait chez ces sujets complication de pneumonie ou de tubercules : chez les autres on n'a entendu aucun bruit anormal; dans un cas seulement la respiration a paru un peu plus faible à la partie antérieure du thorax. Quant à la *percussion*, dans les quatre cas exempts de complication où elle a été pratiquée, elle n'a fait reconnaître aucun son anormal.

Voies digestives. Si, pendant que ces phénomènes s'observent, on examine ce qui se passe du côté des voies digestives, on reconnaît bientôt que la maladie est presque entièrement renfermée dans les limites étroites où nous l'avons étudiée jusqu'à présent; ainsi, malgré la gêne qui existait dans le pharynx et dans le larynx, on n'a jamais constaté ni *nausées*, ni *vomisse-*

ments. Dans les cas simples, où l'*appétit* a été noté, il était conservé ou seulement un peu diminué; dans deux cas, l'*anorexie* a été signalée, mais, dans l'un, il y avait complication de tubercules, et dans l'autre le développement d'abcès dans le pharynx avait donné lieu à une fièvre violente. Sans doute, lorsque la maladie a été occasionnée par une vive inflammation du larynx ou du pharynx, déterminant un mouvement fébrile intense, il a dû y avoir des troubles des fonctions digestives, que les observateurs, préoccupés de symptômes plus graves, ont passés sous silence; mais il est toujours bon de remarquer que l'œdème de la glotte n'a par lui-même aucune influence sur les organes de la digestion.

La *soif*, très vive chez un sujet, modérée chez un autre, n'a point été notée dans les autres cas. Un peu de douleur du ventre et un *dévoiement* peu considérable ont existé chez des sujets phthisiques; un malade a eu, au contraire, de la *constipation*: chez lui il n'y avait pas de complication; enfin, un autre a présenté les symptômes d'une stomatite mercurielle déterminée par des doses considérables de calomel.

On voit donc que, dans l'œdème de la glotte, le trouble des fonctions des voies digestives n'a qu'un intérêt très secondaire; je n'y insisterai pas davantage, et je passerai à l'étude d'un autre ordre de symptômes.

Symptômes généraux. Il n'est pas plus facile d'étudier d'une manière générale le *mouvement fébrile* que l'état de la respiration dans une maladie où des accès violents viennent fréquemment modifier les symptômes généraux. J'exposerai ici, d'une manière succincte, ce qui s'applique au plus grand nombre des cas, renvoyant, pour plus de détails, à la marche de la maladie où le tableau général sera présenté.

Une *agitation* plus ou moins vive avait lieu chez tous les malades au moment des accès; quelquefois, bien que la respiration reprît un peu de calme, on voyait l'agitation persister entre les accès, et c'était principalement lorsque les lésions in-

flammatoires étaient profondes. Dans les trois cas observés par M. Louis, on n'a point remarqué cette agitation; mais j'ai déjà dit qu'au moment où l'œdème de la glotte est survenu chez ces sujets, ils étaient en proie à des symptômes assez graves pour masquer ceux de leur nouvelle affection ; chez un nombre assez considérable de sujets, cette agitation, très grande pendant les accès, était nulle dans les intervalles.

Ce que je viens de dire de l'agitation pourrait s'appliquer au *mouvement fébrile en général.* Dans un nombre assez notable de cas, la fièvre suit, en effet, les paroxysmes. Dix-neuf observations font mention d'un mouvement fébrile qui, augmentant pendant les accès, persistait à un moindre degré dans leurs intervalles. Le *pouls* s'est élevé dans un cas jusqu'à 160 pulsations, mais dans tous les autres il n'a pas dépassé 120. Fréquent, dur, plein, lorsque l'angine était violemment inflammatoire, il avait un développement médiocre dans les autres cas. Il devenait petit, filiforme, vers la fin de la maladie, quand celle-ci ne se terminait pas au milieu d'un accès : deux fois seulement on l'a trouvé intermittent.

Dans trois cas on a formellement noté l'absence de fièvre, et ces cas étaient remarquables par le peu d'intensité de l'inflammation laryngo-pharyngienne.

Les autres symptômes que l'on peut rapporter au mouvement fébrile ont été si rarement observés et sont si peu importants, qu'on pourrait presque les négliger. Ainsi, on a noté une *chaleur générale* dans trois cas, des bouffées de chaleur dans trois autres, de légers *frissons* dans deux, des *sueurs* abondantes dans un. N'insistons donc pas sur ces symptômes, qui, d'ailleurs, pour être convenablement appréciés, demandent de nouvelles recherches. J'ajouterai seulement que, chez plusieurs sujets, on a remarqué, comme dans toutes les maladies fébriles, un redoublement notable vers le soir.

État de la face. Il fournit des signes qui, dans toutes les maladies dont l'asphyxie peut être la terminaison, sont regardés

comme extrêmement importants: aussi, dans les descriptions générales de l'œdème de la glotte, insiste-t-on fortement sur l'état de la face, sur sa coloration, etc.; et cependant dans toutes les observations que j'ai rassemblées, il n'en est que six dans lesquelles l'état de la face soit formellement indiqué. Quand j'aurai dit que dans deux cas, la face est restée toujours pâle; que chez un sujet elle était livide, rouge chez un quatrième, simplement anxieuse chez un cinquième, et qu'enfin chez le dernier il y avait à la fois dilatation des ailes du nez, lividité de la face et coloration bleue des lèvres, j'aurai fait connaître tout ce que les histoires particulières renferment de positif à ce sujet.

Il est inutile de dire que l'analyse de ce petit nombre de faits ne nous donne pas l'expression exacte de l'état de la face, dans l'œdème de la glotte. Il suffit, en effet, d'avoir observé quelquefois cette maladie pour s'assurer qu'une altération plus ou moins profonde des traits est un de ses phénomènes les plus caractéristiques; et si, dans les intervalles de calme, cette altération n'est portée qu'à un faible degré, on la voit reparaître plus forte à chaque nouvel accès. Dans trois cas que j'ai pu observer, la face était pâle, avec une lividité marquée des lèvres; les traits étaient contractés, et les yeux, largement ouverts et hagards, exprimaient l'anxiété et l'effroi.

Telle est la description aussi exacte que possible, dans l'état actuel de la science, des symptômes de cette maladie. Je vais, dans l'article suivant, montrer comment ces symptômes se succèdent et s'enchaînent.

ARTICLE V.

MARCHE DE LA MALADIE.

J'ai déjà indiqué plus haut la marche plus ou moins rapide de la maladie à son début; pour compléter ce que j'ai dit à ce sujet, il me suffit d'ajouter quelques considérations relativement aux symptômes.

Les symptômes varient dès le commencement de la maladie suivant qu'elle est due à une simple inflammation plus ou moins intense, ou suivant qu'elle survient dans le cours d'une affection chronique du larynx. Dans le premier cas, elle suit la marche d'une angine laryngée ou laryngo-pharyngienne. Une gêne dans le larynx et le pharynx, la sensation d'un obstacle à la respiration, un peu de raucité de la voix et de gêne de la respiration: voilà les symptômes qui se produisent à la fois, ou successivement, dès les premiers jours. Dans les cas où il existe une lésion chronique, la maladie peut être annoncée tout d'abord par un accès de suffocation. Bayle a surtout insisté sur ce point, et MM. Trousseau et Belloc ont plusieurs fois observé des faits de ce genre.

Lorsque la maladie est confirmée, elle marche avec d'autant plus de rapidité que l'inflammation, soit simple, soit produite par une lésion profonde du larynx, a plus d'intensité. Non seulement alors les symptômes se succèdent avec plus de rapidité et acquièrent plus promptement un haut degré de violence, mais encore les accès sont plus fréquents et plus graves. La marche de la maladie est, en général, plus uniforme que dans les cas d'œdème succédant à une laryngite chronique; le calme qui suit les accès est moins complet. Les symptômes de ces accès persistent, quoique avec une moindre intensité. En un mot, on peut suivre d'une manière non interrompue les progrès de l'affection.

Dans les cas de lésions chroniques, au contraire, on peut, surtout dans les premiers temps, observer des accès très tranchés, séparés par de longs intervalles de calme, et pendant lesquels tout semble revenir à l'état primitif. Bayle a parlé d'intervalles de plus de quinze jours entre les accès; j'ai déjà dit plus haut comment il fallait interpréter ces faits. Au reste, il est fort difficile de dire quelle est la proportion des cas dans lesquels les choses se passent ainsi, puisque, tout en insistant fortement sur ces intervalles des accès dans leur description générale, les auteurs, dans leurs observations, ne sont entrés dans aucun détail à cet égard.

Quand on songe à l'importance extrême que tous les auteurs ont, avec juste raison, donnée aux accès dans l'œdème de la glotte, on a peine à comprendre comment sur les quarante cas dont je donne l'analyse, il en est seize où ces accès ne sont pas même mentionnés. Nous savons, il est vrai, que dans les cas observés par M. Louis, il n'en a point existé; mais il en reste toujours treize qui nous laissent sans renseignements sur ce point important. De ce que les auteurs n'ont point signalé l'existence des accès dans leurs observations, faut-il en conclure que ces accès n'existaient point et que la maladie avait suivi une marche continue? Non pas pour tous les cas du moins; car dans des observations aussi laconiques que celles dont il s'agit, on peut très bien avoir omis ce caractère essentiel. D'un autre côté, il n'est pas douteux que dans certain cas, l'œdème de la glotte puisse donner lieu à une suffocation permanente, sans exacerbations marquées: nous en avons la preuve dans plusieurs des faits déjà cités. Mais quelle est la proportion de ces cas? c'est ce que les observations ne nous apprennent pas.

Accès de suffocation. Les accès survenus plus ou moins rapidement, dans tous les cas, et presque toujours sans cause appréciable, se déclarent quelquefois d'une manière subite. Deux sujets furent réveillés en sursaut par un accès, et deux autres, au moment où on les croyait le plus calmes, se sont violemment élancés de leur lit pour courir au devant de l'air qui leur manquait. On voit un exemple remarquable de cette invasion subite de l'accès dans une des observations recueillies par M. Miller. En pareil cas, la face exprime un effroi profond, et l'anxiété est portée au plus haut degré.

Lorsque l'accès est déclaré, les symptômes que j'ai déjà décrits acquièrent une intensité toujours très considérable. La respiration devient plus bruyante; les efforts pour faire pénétrer l'air dans la poitrine sont extrêmes: c'est alors surtout que l'on observe l'orthopnée. Les yeux sont fixes et hagards; la face, parfois turgescente et animée, est plus souvent contractée, livide.

Quelques sujets font de très violents efforts pour chasser le corps étranger qui leur paraît obstruer les voies respiratoires : quelques uns même portent sans cesse la main vers la région laryngée, dont ils semblent vouloir arracher ce prétendu corps étranger. On en a vu insister pour qu'on leur fît l'ouverture des voies aériennes, et Bayle, ainsi que M. Bouillaud, a cité des cas où les malades demandaient avec instance un instrument pour s'ouvrir eux-mêmes la gorge. Un sujet observé par M. Bouillaud (1) portait toujours son doigt au fond de la bouche comme pour en extraire le corps étranger.

C'est au plus fort des accès que l'on voit apparaître la sueur froide qui baigne la face, et quelquefois tout le corps du malade. Alors aussi le pouls devient parfois intermittent, et l'on observe une turgescence des veines du cou causée par la difficulté que le sang éprouve à traverser le poumon.

Ces accès se terminent ordinairement par le retour graduel à un calme plus ou moins profond; mais quelquefois aussi la respiration s'embarrasse de plus en plus, et l'anxiété du malade se change en une véritable fureur. Après s'être livré à des mouvements désordonnés, il retombe épuisé; les efforts d'inspiration deviennent moins violents, la face est livide, les extrémités se refroidissent, et la mort arrive dans le cours de l'accès.

Intervalles de calme. Les intervalles de calme sont, ai-je dit, plus ou moins marqués suivant les cas. Chez huit des vingt-quatre sujets chez lesquels on les a observés, ils étaient mal caractérisés, et ne consistaient qu'en de simples rémissions assez difficiles à saisir. Chez les seize autres, au contraire, ils étaient bien marqués, mais seulement au milieu de la maladie, dans les cas mortels; car, vers la fin, non seulement leur durée devenait beaucoup plus courte, mais encore ils étaient bien plus difficilement saisissables. Un cas observé par Bayle, et dans lequel on trouva des végétations dans le larynx, présenta des intervalles de calme extrêmement marqués.

(1) *Loc. cit.*

Le *nombre* des accès n'a point été indiqué d'une manière précise par les auteurs. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'ils se sont toujours montrés plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, lorsque la maladie était due à une inflammation d'une certaine intensité. Six fois seulement on a recherché si les accès étaient plus fréquents la nuit que le jour, et cinq fois il en était ainsi.

Quant à la *durée* de ces accès, Bayle lui seul l'a constatée chez deux malades, et il a vu que chez l'un ils ne duraient que dix minutes, tandis que chez l'autre ils se prolongeaient pendant une heure entière.

Résumé. Si nous résumons ce qui vient d'être dit sur la marche de la maladie, nous voyons que cette affection, comme à peu près toutes celles qui occupent le larynx, a une grande tendance à se produire par accès, bien qu'elle soit due à une lésion permanente; mais on peut expliquer ces exacerbations par de légères irritations survenant à des intervalles plus ou moins rapprochés, donnant lieu momentanément à une augmentation du gonflement œdémateux, et par conséquent exaspérant tous les symptômes de suffocation.

ARTICLE VI.

TERMINAISON ET DURÉE DE LA MALADIE.

Terminaison. Le plus souvent l'œdème de la glotte se termine par la mort; c'est un fait qui ressort des observations que j'ai rassemblées, puisque, sur quarante sujets, neuf seulement ont *guéri.*

Parmi ceux qui ont *succombé,* trois seulement sont morts au milieu d'un accès bien caractérisé; on en voit des exemples frappants dans deux observations, dont l'une est citée par M. Legroux, et dont l'autre a été recueillie à la Maison royale de santé. Chez sept, au contraire, la mort est arrivée dans un intervalle de calme, alors qu'on pouvait penser que la maladie

était assez complète pour empêcher l'air de traverser le larynx, et que la mort venait au moment où le calme rétabli permettait à la respiration de s'exécuter convenablement. M. Bouillaud a combattu cette manière de voir. Il est, en effet, évident que chez les sujets qu'il a observés, la mort a eu lieu par une asphyxie. Nous avons vu nous-même que cette dernière terminaison était beaucoup plus fréquente que celle dont Bayle a été, avec raison, si vivement frappé. Mais cela ne prouverait pas que cet observateur fût peu fondé dans son explication relativement aux faits auxquels il faisait allusion. Ce serait seulement une preuve qu'il avait trop généralisé des cas particuliers, si les considérations suivantes ne venaient se joindre à ces objections.

Dans les cas où la trachéotomie a été pratiquée, on a vu les malades débarrassés promptement de leurs principaux symptômes, par le fait seul de l'abord plus libre de l'air dans les poumons. Or, c'est ce qui n'aurait certainement pas eu lieu si, comme le pensait Bayle, un certain spasme de ces organes s'était opposé à l'hématose. On sait d'ailleurs qu'il n'est pas nécessaire que le calibre des conduits aériens soit complétement obstrué pour déterminer l'asphyxie; il faut seulement que l'ouverture soit trop étroite pour fournir une suffisante quantité d'air à l'acte respiratoire. On en voit des exemples dans plusieurs maladies du larynx, et dans l'emploi d'une canule trop étroite après l'opération de la trachéotomie.

Dans les cas observés par Bayle, la respiration paraissait libre au moment où les malades ont succombé, c'est-à-dire qu'elle n'était ni sifflante ni bruyante, et que les sujets ne faisaient plus de grands efforts pour attirer l'air dans la poitrine. Mais il suffit d'avoir observé un cas semblable, ainsi que j'ai pu le faire, il y a quelques années, à l'hôpital Saint-Antoine, pour s'assurer que la respiration est presque complétement suspendue, et que si l'inspiration n'est pas bruyante, c'est qu'à peine un petit filet d'air traverse l'ouverture de la glotte. Si cet état se prolonge, il ne pénètre dans le poumon qu'une quantité d'air très faible;

une très petite partie de sang est artérialisée, et les organes étant abreuvés de sang noir, l'asphyxie n'en a pas moins lieu malgré l'apparente facilité de la respiration. Quelquefois la trachéotomie n'a pas réussi à tirer les sujets de cet état ; mais il est arrivé alors ce que l'on voit dans tous les cas d'asphyxie, c'est que les organes ayant été trop fortement stupéfiés par l'afflux du sang noir, il n'est plus possible de leur rendre leur action normale (1).

Durée. Il est très difficile de déterminer d'une manière générale la durée de la maladie; plusieurs circonstances peuvent, en effet, la faire varier beaucoup. Ainsi, l'on conçoit facilement que l'intensité de l'inflammation dont l'œdème est la suite, que les diverses complications, l'énergie du traitement, l'opération de la trachéotomie, aient une grande influence sur cette durée, soit que la maladie se termine par la mort, soit qu'on en obtienne la guérison. Si nous examinons, sans entrer dans tous ces détails, la durée de la maladie, nous voyons qu'elle a pu être de quelques heures seulement, comme dans le cas cité par M. Barrier (observation 1re), ou se prolonger pendant vingt-deux à vingt-six jours, même dans les cas de mort. Mais tout ce qu'on peut déduire des faits ainsi appréciés, c'est que l'affection est généralement de courte durée; ce dont on est bien plus convaincu encore quand on remarque que les cas où l'œdème de la glotte s'est terminé en moins de cinq à six jours, sont de beaucoup les plus fréquents.

Maintenant, si nous examinons quelle est l'influence des diverses circonstances mentionnées plus haut sur la durée de l'œdème de la glotte, voici ce que nous trouvons : la maladie n'a pas été, terme moyen, notablement plus longue chez les sujets qui ont guéri que chez ceux qui ont succombé. Cela tient à ce que, parmi les premiers, il en est trois chez lesquels l'angine

(1) C'est une remarque qui avait déjà été faite par M. Cheyne. (*Cyclop. of pract. med. London.*)

primitive et sans complication qui a donné lieu à l'œdème de la glotte, a été dissipée en moins de neuf jours; car dans les cas où les circonstances n'étaient pas aussi favorables, la guérison n'a pu être obtenue qu'en quatorze ou en dix-neuf jours.

Parmi les sujets qui sont morts, ceux qui ont été opérés ont généralement succombé en peu de temps, sans doute parce que la trachéotomie n'a été pratiquée que dans des cas très graves.

La durée de la maladie a beaucoup varié dans les autres cas, et il est très difficile d'en donner une appréciation générale; ce qui ressort le plus évidemment des faits, c'est que, quand la maladie était due à une affection chronique du larynx, elle a eu, même lorsqu'elle s'est terminée par la mort, une durée beaucoup plus longue. Dans la plupart de ces cas, en effet, cette durée a été de treize à vingt-deux jours, tandis que dans les autres elle ne s'est jamais élevée au-dessus de seize jours.

La violence de l'inflammation qui précède l'œdème est aussi une des grandes causes qui précipitent la marche de cette maladie, en sorte que, même dans un cas où l'infiltration est due à une affection organique du larynx, si l'inflammation produite par une cause quelconque a une intensité notable, les accidents occasionnés par l'œdème sont promptement mortels. Je n'ajouterai rien à ces renseignements, nécessairement un peu vagues, et qui, pour les motifs que j'ai indiqués plus haut, le seront probablement toujours.

ARTICLE VII.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'œdème de la glotte ne semble pas, au premier abord, offrir de grandes difficultés. Les symptômes sont si intenses et si tranchés qu'on a peine à croire que cette affection puisse être confondue avec aucune autre. Mais, outre que plusieurs autres maladies du larynx présentent des symptômes de la même nature et non moins intenses, il est un certain nombre

de cas où, malgré toute l'habileté des observateurs, le diagnostic a été erroné, et qui par conséquent méritent d'être connus. Je vais entrer dans quelques détails à cet égard; mais auparavant résumons les signes qui peuvent faire reconnaître l'œdème de la glotte.

Si dans le cours d'une angine violente survenue chez des sujets en bonne santé, ou, à bien plus forte raison, si dans le cours d'une angine, soit intense, soit légère, survenue chez des individus convalescents d'une maladie fébrile grave ou affectés d'une maladie chronique du larynx, on voit apparaître d'abord une gêne plus ou moins marquée dans cet organe, une douleur plus ou moins vive, soit à son niveau, soit dans le pharynx; puis de la dyspnée, une inspiration sifflante pénible, une expiration ordinairement libre, avec agitation, menace de suffocation, accès plus ou moins marqués, et enfin signes d'asphyxie, on a de fortes raisons de croire à l'existence d'un œdème de la glotte; mais si, par le toucher, on reconnaît la présence des bourrelets œdémateux à la partie supérieure du larynx, le diagnostic devient presque certain; car l'existence de ces bourrelets est pathognomonique, et l'erreur ne pourrait provenir que d'une fausse appréciation de ce signe.

Pour pratiquer convenablement cette exploration importante, il faut faire ouvrir largement la bouche au malade, puis, portant rapidement le doigt indicateur sur un des côtés de la base de la langue en dehors de l'épiglotte, franchir cet opercule, et, ramenant l'extrémité du doigt en dedans, explorer promptement l'ouverture de la glotte.

J'ai dit que ce signe rendait le diagnostic *presque* certain, mais non d'une certitude complète, parce qu'on peut être induit en erreur par l'existence de tumeurs avoisinantes qui simulent les bourrelets œdémateux. M. Ballot (1) en cite un exemple bien remarquable chez un sujet qui offrait tous les signes de l'œdème

(1) *Arch. gén. de méd.*

de la glotte. Le toucher, pratiqué méthodiquement, fit reconnaître la présence d'une tumeur rénitente et élastique, qui paraissait se confondre avec les lèvres de la glotte; on ne douta pas de l'existence de l'œdème, et il faut convenir que l'erreur était bien difficile à éviter.

Les rédacteurs du journal dans lequel cette observation a été insérée ont rappelé quelques autres faits semblables; entre autres celui qui est rapporté par M. Priou (1), et dans lequel la guérison fut rapidement obtenue à l'aide d'une incision qui donna issue à une chopine environ de pus de bonne nature; et celui que l'on doit au docteur Carmichael (2). Ce dernier est assez intéressant pour qu'il soit bon d'en présenter un extrait.

Une femme fut prise de douleur de gorge, de dysphagie, de dyspnée; la suffocation devint imminente; on fit la trachéotomie, ce qui n'empêcha pas la mort d'arriver. L'abcès s'étendait de la troisième à la septième vertèbre cervicale : il comprenait l'œsophage, la partie supérieure de la trachée, et fusait, par une érosion étroite, vers la partie supérieure du larynx.

En voilà assez sans doute pour montrer combien doit être attentive l'exploration. L'observation ultérieure nous apprendra, je le répète, si les moyens proposés plus haut sont propres à faire distinguer les affections différentes dont il s'agit. On ne doit guère, en effet, espérer de trouver cette distinction dans l'étude des symptômes, puisque d'une part on peut rencontrer dans les divers cas tous les signes d'une vive inflammation, et que de l'autre on ne doit pas s'attendre à voir les symptômes des voies respiratoires différer sensiblement.

Voilà donc déjà un cas d'un diagnostic très difficile. Voyons s'il en existe d'autres qui exposent le médecin à une semblable erreur. La simple infiltration purulente du pharynx et de l'œsophage sans tumeur obturant la glotte, peut produire les sym-

(1) *Séances de l'Acad. de méd.* 1830. Voy. *Arch. de méd.* Mars, 1830.
(2) *Edinburgh. Medico-chirurgical Transactions.* 1820.

ptômes de la maladie dont nous nous occupons. On en trouve un exemple dans une observation insérée dans un journal anglais (1), et dont il ne sera pas sans intérêt de donner ici un extrait un peu détaillé.

OBSERVATION ONZIÈME.

Infiltration purulente du pharynx donnant lieu aux principaux symptômes de l'œdème de la glotte.

Le 27 août, est entrée à l'infirmerie une femme âgée de cinquante-deux ans. Depuis cinq semaines elle toussait et éprouvait de la difficulté pour respirer : ces symptômes lui étaient survenus après avoir travaillé dans un endroit humide. Depuis trois semaines la dyspnée s'était accrue ; il s'y était joint de la douleur à la partie antérieure du cou.

Le 27, on constata chez cette malade une respiration striduleuse; l'inspiration était prolongée; la pression sur le cou était douloureuse. Toux éclatante; expectoration peu abondante; pouls 108, petit. (Vingt-quatre sangsues au cou.) Le 28, respiration plus calme, mais conservant les mêmes caractères; déglutition douloureuse; pouls, 144. (Saignée 16 onces; calomel et opium.)

Le 29, la dyspnée va en croissant. M. Syme pratique la *trachéotomie*. Cette opération procure un soulagement immédiat. La malade languit jusqu'au 5 septembre et meurt.

Autopsie. Il existe une quantité considérable de *matière puriforme*, claire, infiltrée dans le tissu cellulaire, derrière le pharynx et l'œsophage, le long de la face interne des artères carotides, enveloppant les nerfs récurrents des deux côtés, de sorte que tout le tissu cellulaire situé au-devant des vertèbres, derrière l'œsophage et entre les gaînes des carotides, était occupé par le pus.

Larynx sain. Aucune compression du larynx ni de la trachée

(1) *Laryngismus stridulus. Observ. in Medico-chirurg. Review.* Avril 1841, n° 61, pag. 550.

par la matière épanchée. — Léger épanchement purulent dans la *poitrine*.

Réflexions. L'auteur de cette observation a, comme on le voit, eu soin de remarquer qu'il n'existait aucune tumeur qui pût comprimer le larynx ou la trachée, ou oblitérer la glotte. Il est donc permis de croire que, dans un cas pareil, il ne serait pas très difficile d'arriver au diagnostic, par le toucher et par l'inspection des parties accessibles à la vue. C'est sans doute dans le rapprochement des parois pharyngiennes qu'il faut voir la principale cause des symptômes de suffocation. Peut-être aussi la situation des nerfs récurrents au milieu des parties enflammées et infiltrées de pus, y entrait-elle pour quelque chose. Quoi qu'il en soit, par l'inspection du pharynx on aurait pu constater le rapprochement de ses parois, et par le toucher on aurait reconnu non seulement le gonflement de ces parties, mais encore l'absence des bourrelets laryngiens : cependant on peut, par une raison que je n'ai point encore dite, éprouver de très grandes difficultés dans des cas semblables. L'isthme du gosier est quelquefois tellement gonflé et douloureux que les malades ne peuvent ouvrir la bouche suffisamment. C'est ce qui arrivait dans le cas cité par M. Bouillaud (obs. 7). Le diagnostic est alors beaucoup plus difficile.

Des *tumeurs* de diverse nature développées aux environs du larynx et de la trachée produisent un bon nombre des symptômes que nous rencontrons dans l'œdème de la glotte, et l'on peut, au premier abord, les regarder comme propres à induire en erreur. Mais, outre l'absence du bourrelet laryngien, on a pour s'éclairer la marche de la maladie qui est tout-à-fait différente.

On croirait difficilement qu'une *tumeur anévrysmale* siégeant à la partie supérieure de la poitrine, qu'un anévrysme de l'aorte pût donner lieu à une erreur de diagnostic : c'est cependant ce qui est arrivé. M. Cayol en a recueilli un exemple que Bayle a

consigné dans son mémoire, où on peut le consulter. Dans ce cas, les signes qui pouvaient aider à établir le diagnostic étaient les suivants :

Il n'y avait point de douleur du pharynx; la douleur du larynx n'était point permanente; les accès de suffocation, quoiqu'assez considérables, n'étaient pas aussi violents que dans la plupart des cas d'œdème de la glotte; et, ce qu'il est bien plus important de remarquer, les intervalles qui séparaient ces accès étaient bien plus prononcés que dans l'œdème. Par moments, en effet, tous les symptômes observés du côté du larynx disparaissaient complétement, ce qui n'a point lieu chez les sujets atteints de l'affection qui nous occupe. Enfin la voix ne présentait point l'altération qu'on remarque dans l'œdème. On voit déjà par là que la diagnostic ne présente pas des difficultés insurmontables; et si, comme on doit toujours le faire, on pratiquait le toucher du larynx, en y joignant l'exploration de la poitrine, on arriverait sans peine à reconnaître la maladie. Les cas de cegenre n'en doivent pas moins être toujours présents à l'esprit de l'observateur.

Jusqu'à présent j'ai établi le diagnostic différentiel entre l'œdème de la glotte et des maladies étrangères au larynx. Si maintenant nous examinons les affections qui ont leur siége dans cet organe, nous en trouvons plusieurs qui peuvent jusqu'à un certain point simuler l'œdème de la glotte. La plus commune de toutes est sans contredit la *laryngite* terminée par suppuration : j'en ai rassemblé quatre exemples qui prouvent que cette laryngite purulente peut donner lieu à tous les symptômes décrits plus haut. Dans ces cas, la tuméfaction qui était venue oblitérer le pharynx ne siégeait plus dans les replis arythéno-épiglottiques; c'étaient de véritables abcès développés à la partie postérieure du larynx et principalement au-dessus du cartilage cricoïde. Une seule fois, le pus, en plus grande abondance au-devant des cartilages-arythénoïdes, avait gagné les replis arythéno-épiglottiques, et établi ainsi un rapport frappant entre cette laryngite purulente et

l'infiltration séreuse ou séro-purulente dont j'ai tracé la description. Je vais rapporter ici un cas de cette maladie, afin qu'on puisse mieux juger de sa ressemblance avec l'œdème de la glotte.

OBSERVATION DOUZIÈME (1).

Laryngite purulente, symptômes d'œdème de la glotte.

Madame Reid, âgée de cinquante ans, pléthorique, se plaignait, le 25 novembre 1832, d'un enrouement et d'un mal de gorge qui existaient depuis deux jours, et qu'elle attribuait à un refroidissement. Elle avait beaucoup de peine à respirer et à avaler. L'arrière-bouche était très enflammée. Le 26, elle était mieux, mais la respiration et la déglutition étaient encore difficiles. Le 28, la respiration devint extrêmement pénible; le pouls était à 130; violents accès de dyspnée; anxiété, lividité du visage; la *trachéotomie* fut pratiquée. Dans la nuit du 29, une grande quantité de mucosités est sortie de la trachée; la respiration est courte. Mort le 30.

Autopsie. Langue beaucoup plus volumineuse qu'à l'état normal, non infiltrée. A sa racine, sur la face dorsale, on trouva quelques petits faisceaux sous-muqueux de vaisseaux engorgés; la muqueuse du pharynx et du larynx était d'une couleur très brillante et ramollie. La partie inférieure du larynx et toute la trachée offraient une très grande vascularité; la muqueuse était pourpre foncé, ramollie, facile à déchirer.

Immédiatement derrière l'épiglotte, entre cet organe et la racine de la langue, il y avait une cavité capable d'admettre une amande, communiquant avec le pharynx par une petite ouverture déchirée, comme floconneuse à sa surface intérieure, et formée en apparence par l'élévation de la muqueuse et la destruction du tissu cellulaire sous-jacent. A la partie inférieure du bord droit de l'épiglotte existait une cavité semblable, mais plus petite et arrondie; une troisième plus grande, plus irrégulière et superficielle, fut trouvée à la partie correspondante

(1) Rapportée par M. Miller (*loc. cit.*).

du côté gauche. Tout près de cette dernière et presque en connexion avec elle, était une autre excavation, d'une profondeur considérable, située entre la partie inférieure de l'épiglotte et la corne gauche hyoïdienne. Depuis ce dernier point jusqu'en bas, le long du bord supérieur externe de la glotte, régnait une concrétion lymphatique qui adhérait fortement à la membrane.

Dans la glotte, à des points correspondants de ses bords, étaient deux ulcérations très larges, mais très superficielles. Ventricules fermés par la turgescence vasculaire. Entre la corne de l'hyoïde et la cricoïde, on trouve une tumeur de la grosseur d'une forte amande, dont on fait sortir une matière purulente.

Amygdales saines; grande quantité de sérosité répandue dans le tissu cellulaire intermusculaire, à la partie antérieure du larynx : les bronches en étaient remplies.

Réflexions. Les circonstances dans lesquelles cette maladie s'est produite, ses symptômes, sa marche et la nature des lésions, prouvent qu'elle ne diffère réellement des autres œdèmes de la glotte que par des circonstances peu importantes. Quelle grande différence y a-t-il, en effet, entre ce cas et celui de M. Legroux (observ. 9)? Dans tous les deux, l'infiltration qui donnait lieu aux accidents de l'œdème de la glotte, était purulente; pourquoi en considérerait-on un comme appartenant à l'œdème, tandis qu'on imposerait à l'autre le nom de laryngite purulente? Plus nous avançons et plus nous voyons que la maladie désignée aujourd'hui par l'expression d'œdème de la glotte est une affection composée, due à des lésions diverses, et laissant des traces différentes, suivant qu'elle est causée par une inflammation légère ou profonde, ou par des altérations organiques de la partie supérieure des voies aériennes. Si donc j'ai écarté ces observations de la description générale, ce n'est pas qu'il me fût démontré qu'elles ne devaient pas en faire partie, mais uniquement parce que je voulais insister davantage sur ces consi-

dérations en les présentant dans l'article consacré au diagnostic.

L'observation que je viens de citer, et celles du même genre que j'ai recueillies, peuvent pour la plupart se rapporter à cette espèce de laryngite que M. Cruveilhier a appelée *sous-glottique*.

Le simple gonflement occasionné par une inflammation pharyngo-laryngienne suffirait-il pour produire les mêmes accidents que l'œdème de la glotte? On conçoit la possibilité du fait dans les cas où l'inflammation est très violente; mais je n'en connais pas d'exemple authentique, au moins dans nos climats, où les angines acquièrent rarement avec rapidité un très haut degré d'intensité. La suffocation causée par un gonflement purement inflammatoire est beaucoup moins considérable que celle qui est produite par l'œdème de la glotte, et elle ne tarde pas à disparaître avec les autres symptômes de l'inflammation qui la provoquait.

Dans les espèces particulières de laryngite, comme la *laryngite striduleuse* (pseudo-croup) et la laryngite *pseudo-membraneuse* (croup), l'existence d'accès remarquables apporte quelques difficultés dans le diagnostic: cependant avec un peu d'attention on arrive assez sûrement à l'établir.

Il suffit de se rappeler pour la laryngite striduleuse:

1° Qu'elle n'attaque guère que les enfants, tandis que l'œdème de la glotte s'observe chez les adultes;

2° Que dans les intervalles des accès, les symptômes sont très légers et la voix presque naturelle;

3° Enfin, s'il le fallait, l'exploration du larynx viendrait en aide au diagnostic.

La *laryngite pseudo-membraneuse* ne s'observe guère également que chez les enfants, et de plus on trouve ordinairement dans le pharynx quelques fausses membranes qui viennent lever tous les doutes. Ces diagnostics ne seraient d'ailleurs nécessaires que dans les cas où l'œdème de la glotte aurait été produit par une inflammation intense et primitive; car, dans tout autre,

la marche de la maladie vient suffisamment éclairer l'observateur.

Je ne crois pas devoir chercher à établir des différences entre l'œdème de la glotte et deux maladies du poumon citées par quelques auteurs comme pouvant le simuler, savoir : l'*asthme* et l'*emphysème pulmonaire*. Les signes différentiels de ces affections sont trop tranchés pour qu'on puisse craindre une erreur de diagnostic.

En résumé donc, le seul signe pathognomonique de l'œdème de la glotte est la présence des bourrelets œdémateux à l'ouverture supérieure du larynx, et les maladies qui le simulent le plus parfaitement sont un abcès rétro-œsophagien ou pharyngien, et la laryngite purulente, qu'on pourrait très bien, je le répète, rapprocher des cas d'œdème proprement dit.

Œdème latent. J'ai déjà cité deux cas (observ. de M. Louis) où les principaux signes de l'œdème ont manqué, et où le petit nombre de ceux qu'on avait pu observer ne sont survenus qu'à une époque très voisine de la mort. Dans ces cas, les malades étaient déjà entièrement épuisés par une affection de longue durée, et il est arrivé chez eux ce qui arrive chez les sujets qui ont un œdème de la glotte bien caractérisé dans les derniers moments de l'existence. Nous avons vu, en effet, que vers la fin de la maladie les symptômes effrayants de suffocation disparaissent assez souvent pour faire place à un état d'asphyxie lente; c'est ce qui eut lieu tout d'abord chez les sujets dont les forces étaient trop affaiblies pour offrir une réaction violente. Dans un troisième cas, emprunté comme les précédents à M. Louis, l'œdème a évidemment existé plus longtemps avant la mort; il y a eu aussi un plus grand nombre de symptômes qui doivent lui être rapportés; néanmoins ces symptômes n'étaient pas suffisants pour faire diagnostiquer l'œdème de la glotte, et l'on devait bien plutôt les mettre sur le compte d'une de ces laryngites chroniques si communes dans la phthisie. La lecture de cette observation prouve la vérité de ce que j'avance.

Il est plus que probable qu'un bon nombre de cas semblables

à ceux que je viens de rapporter passent inaperçus, parce qu'au milieu des symptômes de l'agonie, il est extrêmement difficile de distinguer ceux qui sont occasionnés par un obstacle au passage de l'air dans le larynx. Au reste, il est évident que le diagnostic, en pareil cas, n'a point d'importance réelle; car les malades sont dans un état si grave, que cette nouvelle cause de mort ne peut guère accélérer le terme fatal.

ARTICLE VIII.

PRONOSTIC.

Ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie pourrait presque me dispenser de m'occuper du pronostic : aussi ne présenterai-je que quelques considérations qui me paraissent avoir un certain intérêt.

Le *pronostic* de l'œdème de la glotte est toujours grave, puisque dans la très grande majorité des cas les sujets ont succombé, malgré le traitement le plus énergique. Mais peut-on, dans les diverses circonstances qui entourent chaque fait en particulier, découvrir :

1° Si la maladie a une tendance à se terminer malheureusement;

2° Si les moyens ordinairement employés doivent, suivant les probabilités, avoir un succès plus grand dans certains cas que dans d'autres moins favorables?

Il est fort difficile de répondre d'une manière précise à ces questions : cependant on peut dire d'une manière générale que la maladie est d'autant plus grave que la lésion organique qui lui a donné lieu est plus profonde et plus ancienne. Toutefois il faut bien distinguer la mort qui survient par suite de ces anciennes lésions, de celle qui est occasionnée par l'œdème de la glotte lui-même : ainsi, dans un cas où l'œdème avait été évidemment causé par des ulcérations chroniques du larynx, chez un sujet affecté de phthisie pulmonaire, l'opération de la

trachéotomie fut pratiquée, et tous les signes de l'œdème disparurent complétement; mais le malade succomba deux mois après aux progrès des tubercules et de l'affection laryngée. Excepté ce sujet et les deux que j'ai observés (voyez observ. 13 et 14), tous ceux qui avaient présenté des lésions organiques anciennes ont été enlevés rapidement par l'œdème laryngien.

Sur cinq cas dans lesquels l'angine qui avait produit l'œdème était primitive, ou, en d'autres termes, s'était manifestée, comme une angine simple, dans le cours d'une bonne santé, je trouve trois guérisons, dont l'une obtenue par la trachéotomie. Cette proportion est très considérable, car il ne nous reste plus que cinq guérisons pour les trente-cinq autres cas analysés dans ce mémoire. Toutefois il ne faut pas regarder ce résultat comme définitif avant d'avoir examiné quel a été le mode de traitement.

En résumé :

Il résulte des faits que j'ai rassemblés que moins la lésion, cause première de l'œdème, a désorganisé les tissus, et plus il y a de chances de voir la maladie se terminer par la guérison. Mais cet heureux résultat n'a lieu que sous l'influence d'un traitement énergique, et, d'après toutes les observations, cette maladie tend naturellement à la mort : ainsi il sera toujours extrêmement utile d'étudier les antécédents, la marche de la maladie, ses complications.

Maintenant peut-on d'après l'état où se trouvent les malades prononcer quelle est la gravité du mal? Cette question est très importante, puisque de sa solution doit dépendre la conduite du médecin relativement à la trachéotomie.

Ici, l'examen de chaque cas en particulier peut seul fournir des données précises : cependant il est encore possible d'établir, d'une manière générale, quelques points importants du pronostic. Si les forces sont encore conservées, si le pouls est régulier et assez fort, si les traits ne sont pas altérés, si la face n'est pas livide, si les efforts pour faire pénétrer l'air dans les pou-

mons sont encore énergiques, et si le sifflement ou le bruit quelconque qui se reproduit dans le larynx a une force assez grande pour annoncer que l'air entre, quoiqu'avec peine, dans la poitrine, on a lieu de penser que l'accès se terminera heureusement. Si, au contraire, le sujet est abattu, si ses traits sont altérés, ses lèvres bleues, ses yeux hagards, s'il a la face cadavérique, comme l'a vu Bayle, s'il n'a plus la force de se livrer aux efforts de respiration qu'il faisait auparavant, si le sifflement inspiratoire a perdu de son énergie, sans que la respiration paraisse se faire avec ampleur et facilité, il ne faut pas s'en laisser imposer par un calme apparent et trompeur, car le malade est voué à une mort prochaine.

Je n'ai trouvé dans aucun symptôme en particulier rien qui m'ait paru éclairer beaucoup le pronostic.

ARTICLE IX.

TRAITEMENT.

Le traitement d'une affection aussi redoutable est évidemment la partie la plus importante de son histoire : aussi est-il du plus haut intérêt d'étudier attentivement sous ce point de vue les principaux faits que possède la science. Je vais d'abord passer en revue les moyens curatifs qui appartiennent à la médecine proprement dite, et j'arriverai ensuite aux moyens chirurgicaux, parmi lesquels la trachéotomie doit être étudiée plus particulièrement.

§ I. *Moyens médicaux proprement dits.*

1° *Saignées générales et locales.* Lorsque l'on regardait l'œdème de la glotte comme une infiltration séreuse, purement passive, ou due à une irritation très légère et d'une nature particulière, on devait être très sobre d'émissions sanguines : aussi voyons-nous qu'à peine Bayle a-t-il eu recours à l'application d'un petit nombre de sangsues. Cependant cet auteur recommande

la saignée générale, et peut-être a-t-il eu occasion de la pratiquer dans des cas qu'il n'a pas publiés. Plusieurs autres auteurs, parmi lesquels il faut citer principalement MM. Miller, Cheyne et Legroux, ont également recommandé la saignée générale. On conçoit, en effet, que dans des angines qui peuvent, comme on l'a vu précédemment, s'élever à un très haut degré d'intensité, on se hâte de mettre en usage la saignée, dont l'action favorable dans l'angine est généralement reconnue. Mais si nous examinons les faits, dans le but de savoir comment la saignée a été pratiquée et quels ont été ses résultats, nous sommes surpris de voir qu'elle n'a été mise en usage que dans sept cas. Dans deux, ses effets immédiats ont été entièrement nuls; dans deux autres, elle a produit un soulagement passager, et dans trois son effet n'est point indiqué. Dans un des cas rapportés par M. Bricheteau, la saignée a été répétée quatre fois, et chaque fois elle a produit un soulagement qui a été de courte durée.

Des sangsues en plus ou moins grand nombre (de huit à trente), et dont l'application a été répétée deux ou trois fois, ont été employées chez un plus grand nombre de sujets (quinze). C'est à la partie antérieure du cou qu'on les a placées dans presque tous les cas. Deux fois seulement elles ont été appliquées à l'anus, lieu que Bayle conseille de choisir pour établir une dérivation. Dans deux cas, l'effet des sangsues est déclaré nul, et dans tous les autres il n'en est fait aucune mention. Il en résulte que les réflexions précédentes sur la saignée générale s'appliquent très bien à l'emploi des sangsues (1).

2° *Vésicatoire.* Les vésicatoires ont été fréquemment appliqués : quinze fois, en effet, on a employé ce moyen. C'est à la

(1) Ce sont les résultats médiocrement avantageux des émissions sanguines qui ont, comme on l'a vu plus haut, fourni un argument à M. Fleury contre la nature inflammatoire de l'œdème. Mais cette objection, qui aurait pu faire quelque impression à une époque où l'on regardait les émissions sanguines comme le plus puissant et peut-être le seul véritable antiphlogistique, n'a pas de valeur réelle aujourd'hui. Cet auteur a été surpris que, malgré le peu d'effet de la saignée et des sangsues, je les ai néanmoins recommandées

partie antérieure du cou qu'ils ont été presque toujours placés; dans un seul cas on a mis le vésicatoire à la nuque. Dans deux, en même temps qu'on appliquait un large vésicatoire au cou, on en plaçait d'autres à la partie interne des cuisses et sur la poitrine. Rarement les auteurs ont pensé à signaler quel avait été l'effet immédiat de l'action du vésicatoire : dans une seule observation, cette action est indiquée positivement comme entièrement nulle. Chez deux autres sujets, au contraire, le vésicatoire a paru procurer un soulagement très marqué; et cet effet a semblé plus notable, puisque la guérison a eu lieu dans un cas où les vésicatoires ont été multipliés; ce fait a été publié par M. Tuilier.

Ce qui me fait admettre l'efficacité des vésicatoires avec quelques restrictions, c'est que, dans ce dernier cas, les symptômes n'étaient point portés à un haut degré d'intensité : cependant, avant l'application du vésicatoire, il y avait eu un accès de suffocation très violent qui avait occasionné l'orthopnée et qui menaçait de se reproduire avec la même intensité. Il est donc permis de penser que les vésicatoires ont été pour quelque chose dans la terminaison favorable. Dans les deux autres cas où ce moyen a paru utile, la maladie avait, il est vrai, plus de gravité; mais les vésicatoires n'ont pas été employés seuls, on a eu recours à d'autres moyens dont l'action a pu être la seule favorable; en sorte qu'il est difficile de se prononcer. Au reste, je citerai ces deux observations, que j'ai recueillies moi-même, afin que le lecteur puisse juger.

dans un autre ouvrage (*Guide du médecin praticien*, tome I, article *Laryngite œdémateuse*) ; mais ne faut-il donc employer que des moyens qui enlèvent à coup sûr la maladie? Le soulagement marqué dans quelques cas, l'effet probable sur le mouvement fébrile, ne suffisent-ils pas? A ce compte on aurait bien rarement recours aux émissions sanguines, ainsi qu'à la plupart des autres moyens thérapeutiques.

OBSERVATION TREIZIÈME.

OEdème de la glotte survenu dans le cours d'une laryngite syphilitique. — Vésicatoires, émétiques, guérison.

Une femme de quarante ans environ, qui avait présenté quelques années auparavant des signes d'affection vénérienne aux parties génitales, vint à l'hôpital de l'Oursine avec de la toux, une douleur persistante au larynx, une expectoration peu abondante, sans caractères particuliers, et une extinction complète de la voix, sans gêne très notable de la respiration. La laryngite chronique ayant été traitée par les préparations mercurielles, cette femme fut débarrassée de la toux, de la douleur du larynx, et sortit de l'hôpital en conservant son extinction de voix et une expectoration très peu abondante.

Quelques mois après, s'étant exposée à un froid prolongé, elle fut prise d'une nouvelle douleur au larynx, avec sentiment de sécheresse, et de plus elle commença à éprouver une légère gêne de la respiration. Ces symptômes faisant tous les jours des progrès, elle se décida à rentrer à l'Oursine, où, l'état que je viens de décrire ayant été constaté, et rien ne se montrant au pharynx, on se contenta de prescrire des fumigations narcotiques avec quelques préparations opiacées, pour calmer la toux et rendre la respiration plus facile. Mais, vers le soir, les accidents augmentèrent considérablement; la respiration devint extrêmement gênée; l'inspiration, très bruyante, s'entendait même hors de la salle. La malade était obligée de se tenir assise dans son lit pour respirer, et elle faisait des efforts considérables pour attirer l'air dans la poitrine. Toute la nuit se passa ainsi. Il y eut à peine quelques intervalles d'un calme plus ou moins marqué; et la respiration était devenue tellement bruyante, que cette femme empêchait de dormir les malades couchées à l'extrémité de la salle.

Le lendemain matin, je la trouvai assise dans son lit, les yeux

largement ouverts, saillants et hagards; la face pâle, les lèvres bleuâtres, la bouche entr'ouverte et faisant de grands efforts pour inspirer l'air qui entrait à grand bruit dans le larynx. La peau était médiocrement chaude; le pouls, accéléré, conservait de la force. La poitrine auscultée et percutée ne présentait rien de remarquable, si ce n'est une faiblesse assez grande du murmure respiratoire. Du reste, il n'y avait aucun autre symptôme étranger au larynx.

Je crus, dans un cas semblable, devoir faire venir M. Vidal (de Cassis), alors chirurgien à l'hôpital de l'Oursine, afin d'examiner avec lui s'il n'y avait pas lieu de pratiquer la trachéotomie. Ce chirurgien m'ayant cité quelques exemples où l'administration de l'émétique, jointe à l'application de larges vésicatoires à la partie antérieure du cou et à la partie interne des cuisses, avait eu de très heureux effets (1), et jugeant que le cas n'était pas absolument urgent, je prescrivis cette médication, recommandant que l'on pratiquât l'opération de la trachéotomie si malgré ces moyens le mal paraissait s'aggraver et si les forces de la malade venaient à tomber. Un large vésicatoire fut donc appliqué à la partie antérieure du cou, qu'il occupait depuis l'os hyoïde jusqu'au sternum. Deux vésicatoires plus larges encore furent mis à la partie interne des cuisses, et un décigramme de tartre stibié fut administré dans une potion de 200 grammes.

La potion provoqua des vomissements répétés, sous l'influence desquels la malade éprouva un sentiment de faiblesse, mais en même temps une plus grande facilité à respirer. Les trois vésicatoires prirent très bien, et le lendemain matin nous ne retrouvâmes plus chez cette femme qu'une très légère gêne de la respiration. Les accidents ne se reproduisirent plus; les signes de l'inflammation du larynx qui l'avaient engagée à entrer à l'hôpital se dissipèrent promptement, et cette femme, ayant pendant quinze jours seulement repris un traitement mercuriel, sortit

(1) *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire.* Paris, 1840, tome IV, page 355.

sans offrir du côté du larynx d'autre symptôme que son extinction de voix, due probablement à la destruction des cordes vocales par des ulcérations syphilitiques.

Réflexions. Si, dans ce cas, l'émétique avait été seul administré, aurions-nous obtenu les mêmes effets? C'est ce qu'il est impossible de dire, quoique le soulagement éprouvé par la malade après les premiers vomissements semble prouver que ce médicament constituait la partie la plus active du traitement. Il est fort douteux qu'on arrive jamais à l'appréciation exacte de la valeur de ces deux moyens; car dans une affection aussi grave et d'une marche aussi rapide, on craindrait, en les employant séparément, de sacrifier l'intérêt du malade au désir d'acquérir des renseignements plus précis sur les effets particuliers d'un moyen thérapeutique.

Il résulte des détails précédents que le vésicatoire a paru avoir quelques effets avantageux dans plusieurs cas, et que lorsqu'il est employé avec les vomitifs, on peut admettre, quoiqu'on n'en soit pas certain, qu'il agit de manière à en seconder l'action.

3° *Sinapismes.* Les sinapismes n'ont été appliqués que dans trois cas; ils l'ont toujours été soit à la partie antérieure du cou, soit à la partie supérieure de la poitrine. Chez un seul sujet ils ont procuré manifestement un soulagement marqué.

Les autres révulsifs mis en usage sont les *frictions* avec des médicaments *irritants,* tels que la pommade stibiée, l'huile de croton tiglium, employée principalement par le docteur Hutchinson, etc., etc. Mais ces moyens sont trop peu actifs pour qu'on doive leur accorder une très grande confiance dans le traitement d'une affection aussi redoutable.

4° *Narcotiques.* C'est à titre de calmants et pour diminuer la gêne de la respiration qu'ont été employés les médicaments de ce genre qui n'ont été indiqués par aucun auteur comme faisant la base du traitement. On ne doit évidemment les regarder

que comme de simples adjuvants, car leur action est trop lente et trop faible pour s'opposer efficacement à des symptômes aussi graves et à des lésions aussi promptement mortelles. Des doses plus ou moins fortes d'*opium* et de *datura stramonium* rempliront très bien cette indication, sur laquelle il est inutile d'insister ici.

5° *Émétique.* J'ai déjà, dans un cas cité plus haut (observation 13e), dit un mot de l'action de l'émétique dans l'œdème de la glotte; je vais rapporter un autre fait que j'ai observé à l'hôpital Beaujon, et dans lequel le médicament ayant été administré concurremment avec l'application des vésicatoires, comme dans le cas précédent, les choses se sont passées de la même manière.

OBSERVATION QUATORZIÈME (1).

Œdème de la glotte chez une phthisique. — Vésicatoires, émétique. — Guérison.

Une phthisique présentant dans les deux poumons les signes de larges cavernes, et tombée dans un état de dépérissement assez avancé, parlait depuis quelque temps à voix basse et avec effort, lorsque, sans cause connue, elle fut prise de douleur de gorge, et quelques heures après d'une difficulté extrême de respirer. Elle était obligée de se tenir constamment sur son séant, et sa respiration était tellement bruyante qu'on fut obligé de la retirer de la grande salle pour la transférer dans une petite salle de deux lits. Le lendemain matin, je la trouvai dans une anxiété extrême; elle avait les yeux saillants, égarés et exprimant l'effroi; elle était en proie à un état de suffocation permanente. Un traitement absolument semblable à celui qui a été exposé dans le cas précédent fut mis en usage. Au bout de quelques heures

(1) C'est la seconde des deux que j'ai annoncées, et dans lesquelles le vésicatoire a paru agir de concert avec l'émétique.

l'amélioration était déjà notable, et le lendemain la respiration était presque revenue à son état antérieur. Cette guérison se soutint ensuite pendant un mois que je pus continuer à voir la malade; et quoique dans cet intervalle il soit survenu une pleurésie intermittente, les symptômes d'œdème de la glotte ne se reproduisirent plus : cependant la phthisie faisait des progrès continuels qui ont dû entraîner la malade au tombeau peu après l'époque où j'ai quitté l'hôpital.

Réflexions. Ce cas est peut-être encore plus remarquable que le précédent, car il nous fournit un exemple de guérison de l'œdème de la glotte chez une femme affectée de phthisie pulmonaire à un degré très avancé, et ayant très probablement dans le larynx des ulcérations qui, en acquérant, par une cause que nous n'avons pu découvrir, un degré plus élevé d'inflammation, ont provoqué cet œdème de la glotte.

On ne peut douter après la lecture de ces faits de l'efficacité de l'émétique, ou du moins de l'émétique uni aux vésicatoires. L'amélioration a suivi si promptement l'emploi de ces moyens, elle a été si complète, que les rapports de la cause à l'effet sont de toute évidence. On ne devra donc, dans aucun cas où les forces du malade offriront encore quelques ressources, négliger cette médication si importante.

6° *Préparations mercurielles.* C'est sous forme de proto chlorure que le mercure a été administré dans les cas d'œdème de la glotte. M. Thompson (1) conseille d'administrer ce médicament à la dose de $0^{gr},05$ toutes les six ou huit heures. Les faits nous manquent pour apprécier convenablement l'efficacité de ce moyen, qui n'a pas été employé par les médecins français.

On a aussi mis en usage les *frictions mercurielles*, et M. Bricheteau (2) les a employées à haute dose dans deux cas soumis

(1) *Chronic. laryngit. The lancet*, 1834, t. V, p. 543.
(2) *Loc. cit.*

à son observation. Un de ces cas s'est terminé par la guérison sans qu'on ait été obligé de recourir à la trachéotomie. Il est à désirer que les faits de ce genre se multiplient, afin qu'on puisse définitivement fixer la valeur de cette médication.

7° *Adoucissants; antispasmodiques; diurétiques.* Enfin on a recommandé les adoucissants, les antispasmodiques et les diurétiques. On ne peut rien dire des premiers; et quant aux derniers, Bayle seul les a préconisés sans apporter de faits à l'appui. Si l'on rapproche le peu d'énergie de leur action de la gravité des symptômes et de l'imminence du danger, on ne peut avoir une grande confiance en de semblables moyens.

§ II. *Moyens chirurgicaux ou directs.*

Il est très rare de voir diriger sur le larynx des médicaments en poudre ou en vapeur pour combattre l'œdème de la glotte; l'irritation produite par ces substances pourrait suffire pour causer instantanément une suffocation mortelle, et la possibilité d'un semblable accident a dû rendre les médecins très réservés dans l'emploi de ces moyens. Les *insufflations d'alun en poudre,* pratiquées dans un cas par M. Legroux, n'ont eu aucun effet avantageux. Arrivons donc sur-le-champ aux deux moyens qui nous restent à examiner, c'est-à-dire à l'incision des bourrelets œdémateux et à la trachéotomie.

1° *Incision; déchirure des bourrelets œdémateux. — Incisions des bourrelets.* C'est M. Lisfranc qui a eu le premier l'idée de faire écouler à l'aide d'incisions pratiquées à la partie supérieure du larynx, le liquide séreux ou séro-purulent infiltré dans les mailles du tissu sous-muqueux. On peut voir dans le mémoire de cet auteur (*loc. cit.*) les détails de cette opération délicate; de plus, M. Lisfranc a rapporté cinq observations, comme autant de preuves de l'efficacité de ce moyen, qui par conséquent mérite d'être pris en sérieuse considération : aussi vais-je examiner successivement les objections qu'on lui a adressées.

On a dit, 1° que le bourrelet œdémateux ne peut pas être

reconnu par le toucher dans un bon nombre de cas. Mais on a vu plus haut que très souvent, si on n'a pas obtenu cet élément de diagnostic, c'est qu'on n'a pas fait l'exploration nécessaire ou qu'on ne l'a pas faite convenablement. D'ailleurs il est évident que cette opération ne s'applique qu'aux cas où l'on distingue nettement le bourrelet. 2° On a objecté la difficulté de cette opération. Mais l'objection n'est pas sérieuse, puisque cette difficulté a pu être vaincue avec tant de succès dans les cas que je viens de citer. 3° Enfin on a dit qu'en admettant même la possibilité d'inciser les bourrelets, on n'obtiendrait qu'une légère amélioration, puisque, d'après les recherches de Bayle, le liquide infiltré s'écoule très difficilement, même après de nombreuses incisions. A cela il suffit de répondre que dans les observations citées par M. Lisfranc, le soulagement a été immédiat, et que par conséquent l'écoulement de la sérosité a été suffisant.

Déchirure du bourrelet. M. Legroux, guidé par un fait rapporté par M. Marjolin, a employé, non plus l'incision des bourrelets œdémateux, mais leur déchirure. Dans un cas d'œdème de la glotte, M. Marjolin prit une longue racine de guimauve, l'introduisit dans le pharynx et l'œsophage, et lui imprimant des mouvements de va-et-vient, il la fit frotter sur la partie supérieure du larynx. Cette manœuvre avait pour but de rompre le tissu des bourrelets qui faisaient obstacle à l'entrée de l'air. L'opération, dit M. Marjolin, eut un plein succès.

C'est avec son ongle, taillé de manière à former des pointes aiguës, que M. Legroux a pratiqué cette petite opération, pour laquelle il suffit d'introduire le doigt comme pour le toucher laryngien.

Dans deux des cas qu'il a observés, M. Legroux a obtenu la guérison de la maladie, et on ne peut pas douter que la déchirure des bourrelets ait eu une grande part dans cet heureux résultat. Toutes les fois, en effet, qu'elle a été pratiquée, elle a procuré le plus grand soulagement.

Ainsi donc on aurait très grand tort de mépriser les moyens qui viennent d'être indiqués, car il est certain que maintes fois ils ont sauvé la vie aux malades.

2° *Trachéotomie.* Il n'y a pas bien longtemps encore que l'opération de la trachéotomie excitait de vives appréhensions dans quelque maladie qu'on proposât de la pratiquer. On se rappelle les vives discussions qu'elle a fait naître à l'occasion du traitement du croup, avant que M. Bretonneau fût venu fixer par des faits convaincants l'opinion des médecins. Aujourd'hui l'on est revenu de ces craintes exagérées, et l'emploi de la trachéotomie tend de plus en plus à se répandre.

Il suit de là que la discussion dans laquelle nous allons entrer ne paraît pas avoir un intérêt aussi grand qu'elle l'aurait eu à une autre époque : cependant, comme il est très important de savoir quels sont, suivant les cas, les résultats qu'on peut attendre de cette opération, je vais l'étudier en détail, discutant, chemin faisant, ses indications et ses contre-indications.

a. *Avantages de la trachéotomie.*

Examen des faits. L'ouverture du tube respiratoire a été pratiquée chez neuf des quarante sujets dont j'ai rassemblé les observations, et l'on peut dire que trois fois il y a eu guérison, puisque deux fois la cure a été radicale, et que dans le troisième cas, plusieurs fois mentionné dans ce mémoire, la mort est survenue deux mois après la disparition de tous les symptômes de l'œdème de la glotte, et par suite des progrès d'une phthisie pulmonaire.

Si l'on considère que la trachéotomie n'est ordinairement pratiquée et n'a été réellement pratiquée, chez les trois sujets dont il s'agit, que dans la dernière période de la maladie, à une époque où les accidents sont très graves et l'asphyxie imminente, ce résultat général paraîtra nécessairement plaider avec force en faveur de l'opération. Même dans ces circonstances défavorables, on a obtenu trois guérisons sur neuf cas : proportion plus

considérable que celle qui a été procurée par tout autre moyen, puisque sur les trente et un cas qui restent, six seulement sont des exemples de guérison.

Je ne veux pas faire dire à ces chiffres plus qu'ils ne disent réellement; car je sais bien qu'ils ne sont pas assez élevés, et que d'ailleurs un certain nombre de cas d'insuccès ont été passés sous silence, tandis que les succès ont été publiés avec empressement. Mais il reste toujours ces grandes considérations, tirées de l'imminence du danger, de la certitude d'une mort prochaine, et de la disparition rapide de tous les accidents.

Maintenant, si nous examinons les faits sous un autre point de vue, nous voyons que le résultat qui vient d'être indiqué acquiert plus de valeur encore. Les cas dans lesquels la trachéotomie a été pratiquée offraient, en effet, une gravité extrême, non seulement par suite des progrès de l'asphyxie, mais encore par la nature de la maladie dans laquelle l'œdème s'était développé. Une seule fois, l'angine qui avait causé cet œdème était simple et primitive; le sujet guérit. Dans tous les autres cas, l'angine s'était produite, soit dans le cours d'une maladie aiguë, soit, ce qui est bien plus grave encore, à la suite d'une laryngite chronique; et, parmi ces derniers cas, il y a eu deux guérisons dues à la trachéotomie. Ainsi donc c'est dans les cas les plus défavorables qu'on a par ce moyen obtenu les résultats les plus avantageux.

A quelle époque convient-il de pratiquer la trachéotomie? On sent bien qu'il est impossible de poser des règles fixes à cet égard; chaque cas particulier suivant une marche variable, c'est au médecin à juger si les accidents sont arrivés à un assez haut degré pour qu'on ne puisse plus rien espérer de tout autre moyen: cependant, si l'on se rappelle que la maladie marche d'autant plus vite que l'inflammation est plus violente, on doit en conclure que l'opération est plus promptement indiquée lorsque de vives douleurs dans le pharynx et le larynx et de violents symptômes fébriles annoncent une inflammation intense.

Une plus grande continuité dans les symptômes de suffocation et l'extrême violence de ces symptômes feront craindre que le malade ne soit promptement épuisé, qu'il ne succombe dans des efforts violents, ou que l'hématose, étant très incomplète, les organes ne soient trop fortement abreuvés de sang non artérialisé; en pareil cas, dès qu'on s'apercevra que les moyens précédemment indiqués (vésicatoire, émétique, scarification, déchirure du bourrelet) n'ont point d'effet sensibles, on devra pratiquer l'opération avec d'autant plus d'empressement, que si l'angine est simple, comme dans un des cas rapportés par M. Bricheteau, on en triomphe ensuite facilement.

Dans aucun cas on ne devra attendre pour avoir recours à la trachéotomie que le malade, après avoir été livré à une longue suffocation, présente un de ces calmes trompeurs qui annoncent une mort prochaine; car, ainsi qu'on l'a vu plus haut, on ne pourrait peut-être plus le retirer de cet état d'asphyxie où il est plongé.

L'état de complication de la maladie doit-il empêcher de pratiquer la trachéotomie? Les véritables complications sont dues à des maladies aiguës ou chroniques siégeant dans d'autres organes que le larynx; car celles qu'on trouve dans le larynx lui-même sont, non pas des complications, mais la cause première de l'œdème. Il est fort rare qu'une maladie quelconque puisse empêcher de pratiquer l'ouverture de la trachée dans une affection qui menace d'emporter si rapidement le sujet : cependant, si cette maladie était arrivée à son dernier terme, et ne laissait que très peu de temps à vivre, on ne devrait pas recourir à l'opération; car, outre qu'on ne serait pas sûr de prolonger l'existence, on pourrait encore donner lieu à des accidents graves.

b. *Inconvénients de la trachéotomie.*

Insuffisance de l'ouverture. Après avoir fait connaître les avantages de la trachéotomie, disons un mot de ses inconvé-

nients. Il est arrivé, dans un cas, que l'ouverture trop peu étendue faite à la trachée n'a pas permis à la respiration de s'établir complétement, et que la suffocation a persisté; d'autres fois, la canule étant trop étroite ou s'étant déplacée, le malade a été asphyxié. Mais ce ne sont pas là des inconvénients qu'on puisse attribuer à l'opération elle-même, car avec quelque attention on les évite facilement. On sait aujourd'hui combien il est nécessaire, pour le succès de la trachéotomie, de pratiquer une ouverture assez large, d'employer une canule d'un calibre considérable, de la maintenir solidement en place, de la surveiller continuellement, et enfin de la désobstruer avec soin toutes les fois qu'elle s'engorge : c'est donc au médecin à n'oublier aucune de ces précautions.

Hémorrhagie. Un autre inconvénient bien plus réel, c'est l'hémorrhagie qui peut survenir dans le cours de l'opération, et donner lieu à une perte abondante de sang qui, refluant dans la trachée, produit une asphyxie rapidement mortelle. L'observation suivante en est un exemple.

OBSERVATION QUINZIÈME (1).

OEdème de la glotte chez un phthisique; trachéotomie; syncope; hémorrhagie. — Mort pendant l'opération.

Un homme de cinquante-deux ans, portier, grand, maigre, bien constitué du reste, et ne portant aucun des signes rationnels de la phthisie pulmonaire, entre à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois de novembre 1834; il se plaint que depuis treize mois sa voix s'altère graduellement; depuis six semaines surtout, après avoir été de plus en plus rauque, elle s'est presque entièrement éteinte. La respiration est devenue difficile; les inspirations sont laborieuses et sifflantes; l'expiration exige des efforts diaphragmatiques; bientôt orthopnée incessante, réveils en sursaut, déglutition pénible, puis successivement dysphagie portée à ce point que le malade ne peut plus se coucher, et

(1) Obs. de M. Trousseau.

n'avale que très douloureusement quelques gouttes de bouillon.

Le doigt, porté jusque sur l'ouverture supérieure du larynx, y perçoit un gonflement notable; extérieurement la pression de la région hyoïdienne est douloureuse; le malade tousse sans cracher. La percussion et le stéthoscope n'indiquent aucune lésion pulmonaire.

Cet homme ayant eu autrefois la vérole, un traitement anti-syphilitique est prescrit. Pendant son administration, les accidents semblent un peu reculer; mais bientôt ils reparaissent avec une imminence d'asphyxie tellement prochaine, que la trachéotomie reste comme dernière ressource au malade.

Trachéotomie. A peine le bistouri a-t-il divisé la peau, et avant qu'une seule goutte de sang soit répandue, le malade éprouve une syncope et quelques mouvements convulsifs. Il revient à lui au bout de deux minutes; on continue l'opération : nouvelle syncope, nouvelles convulsions ; les mouvements respiratoires cessent entièrement. Le malade, qui était assis sur un fauteuil, est de suite porté sur un lit, où on se hâte d'ouvrir la trachée; la syncope persiste; le sang des veines thyroïdiennes coule en bavant dans les voies aériennes, qui s'en remplissent sans qu'aucun effort expirateur, autre que les spasmes dissonants de l'agonie, se manifeste pour les en débarrasser. On place le corps sur le côté pour favoriser la régurgitation; on aspire le sang à l'aide d'une sonde..... Le malade était mort.

Autopsie. L'épiglotte est très tuméfiée; les lèvres de la glotte sont le siége de nombreuses et profondes ulcérations, et d'un gonflement œdémateux et squirrheux considérable; l'ouverture qu'elles circonscrivent n'existe presque plus. Cette tuméfaction, qui s'étend aux tissus voisins, diminue d'une manière très notable vers la partie inférieure du pharynx et supérieure de l'œsophage.

Quelques *tubercules* non ramollis dans les deux *poumons.*

Réflexions. Il est inutile d'insister longuement sur les circon-

stances particulières de cette observation : elles sont frappantes. L'auteur regrette beaucoup d'avoir opéré le malade placé sur son séant; il est, en effet, très possible que cette position ait contribué beaucoup à la production de la syncope, qui, s'opposant aux efforts d'expiration, a permis à l'air de s'accumuler dans les voies aériennes. Cet exemple ne doit pas être perdu, et il faut poser en principe que l'on doit toujours donner au sujet une position horizontale quand on pratique la trachéotomie.

Un accident semblable, mais qui n'eut pas un résultat aussi funeste, eut lieu chez un autre sujet : l'hémorrhagie, peu considérable, fut facilement arrêtée, et la respiration, un instant suspendue, se rétablit promptement. Dans les autres cas, il n'y eut aucune hémorrhagie sérieuse.

On voit que cet accident de la trachéotomie est à craindre, même lorsqu'on agit le plus méthodiquement : aussi le médecin en aura-t-il toujours la possibilité présente à l'esprit, et ne devra-t-il jamais dissimuler aux personnes qui entourent le malade le danger de l'opération. Mais s'ensuit-il qu'on doive renoncer à un moyen si évidemment utile? Non sans doute; car ce serait mal comprendre les devoirs du médecin que de se priver d'une opération utile, parce qu'elle peut, aux yeux de quelques personnes ignorantes, compromettre l'habileté de l'opérateur et la certitude de l'art.

Pour éviter l'accident que je viens de signaler, on a proposé de pratiquer la ligature des vaisseaux à mesure qu'on les divise. Mais cette précaution, qui prolonge la durée d'une opération dont une des conditions principales est la promptitude, n'a pas même ordinairement les avantages qu'on en attend, parce que la circulation étant fortement ralentie par l'état d'asphyxie où se trouve le sujet, l'hémorrhagie ne se déclare qu'au moment où la trachée est ouverte. Il suffit, après avoir pratiqué rapidement l'ouverture du conduit aérien, de placer le malade à son séant, en lui faisant légèrement pencher le corps en avant, de manière que la petite quantité de sang qui s'écoule trouve une issue

facile en dehors. Toutefois, si pendant l'opération on s'apercevait qu'on a divisé un vaisseau assez volumineux pour donner lieu à une hémorrhagie inquiétante, on devrait pratiquer la ligature, afin de prévenir tout accident ultérieur. Il ne conviendrait pas de pratiquer l'opération en deux temps, comme M. Récamier l'a proposé dans les cas de croup, parce que les accidents sont trop pressants.

Syncope. Les syncopes que nous avons vues survenir à plusieurs reprises dans l'observation précédente, doivent être attribuées à la position donnée au malade, à l'état de faiblesse dans lequel il se trouvait déjà, et peut-être aussi à l'effroi que lui causait l'opération. Cet accident est rare, et il est inutile de dire que la crainte de le provoquer ne peut en rien contre-indiquer l'opération.

Peut-on craindre que la trachéotomie pratiquée chez des sujets en proie à une affection chronique accélère la marche de cette affection? Non sans doute; car cette opération ne donne lieu par elle-même qu'à des symptômes très modérés, et n'a rien par conséquent qui puisse produire un pareil effet. Le cas de trachéotomie pratiquée chez un phthisique est une preuve de ce que j'avance. D'ailleurs l'imminence du danger est telle, qu'on ne saurait s'arrêter à de semblables considérations.

Conclusion. De quelque manière qu'on envisage les faits, on voit donc que la trachéotomie, si elle présente quelques inconvénients, comme toutes les opérations, offre des avantages bien plus considérables, et doit par conséquent être mise en usage aussitôt qu'on s'est convaincu de l'inutilité des autres moyens.

Procédé opératoire. Mais est-ce la trachéotomie pure et simple, est-ce la laryngotomie ou la laryngo-trachéotomie que l'on doit adopter? On a vu que l'essentiel était de livrer à l'air un passage libre : aussi la trachéotomie est-elle presque toujours suffisante. Cependant on a pensé que, dans certains cas, on pourrait, en pratiquant la laryngo-trachéotomie, se servir de l'ouverture artificielle pour porter sur le siége du mal des remèdes appro-

priés. Mais il est toujours si difficile, même après avoir incisé le cartilage cricoïde et une portion du thyroïde, de porter convenablement les moyens topiques sur la surface malade, que, jusqu'à présent du moins, on ne paraît pas avoir tiré un grand parti de cette ouverture du larynx. Cependant, dans un cas cité par M. Casimir Broussais (1), on vit apparaître, après l'incision du cartilage cricoïde, deux bourrelets œdémateux qui furent excisés, et l'opération fut suivie d'un succès complet. Mais ce cas est entièrement exceptionnel.

Quant à la laryngotomie simple, elle doit être rejetée :

1° Parce que, si on se borne à l'incision de la membrane crico-thyroïdienne, l'ouverture sera presque nécessairement trop étroite ; le cas cité par M. Ballot, quoiqu'il ne soit pas un cas d'œdème de la glotte, ne nous en offre pas moins un exemple des inconvénients de cette opération insuffisante ;

2° Parce que si l'on incise les cartilages du larynx, on éprouve bien plus de difficulté à introduire la canule et à la maintenir en place que lorsqu'on a simplement ouvert la trachée.

En résumé donc, la trachéotomie suffit et est même préférable dans presque tous les cas, si ce n'est dans tous.

c. *Conclusion générale.*

Il suit de tout ce qui précède que la trachéotomie est, sans aucune espèce de contestation, un des moyens les plus précieux qu'on puisse mettre en usage dans l'œdème de la glotte ; qu'il ne faut pas y avoir recours avant de s'être assuré que les autres moyens dont nous avons constaté l'efficacité sont devenus inutiles, et que néanmoins pour réussir il ne faut pas attendre que les forces du malade soient épuisées, et que des signes évidents d'asphyxie viennent annoncer la stupéfaction de tous les organes par l'afflux du sang non artérialisé.

(1) *Annal. de la méd. physiolog.*, février 1829.

§ III. *Traitement préservatif.*

Si l'on se rappelle ce qui a été dit sur les causes de la maladie, on comprendra combien sont grandes les précautions que doivent prendre les sujets convalescents d'une maladie grave et ceux qui sont affectés d'une maladie chronique du larynx. Ils doivent surtout se mettre à l'abri de tout ce qui peut être regardé comme cause d'angine; ils auront à éviter soigneusement l'action du froid, de l'humidité, les variations brusques de température, l'inspiration de vapeurs irritantes, les grands efforts de la voix; et s'il se développe chez eux quelques symptômes d'angine, fussent-ils très légers, on devra les traiter promptement et avec énergie, dans la crainte de les voir se terminer par la redoutable maladie dont je viens de tracer l'histoire.

MÉMOIRE

SUR

L'INFLUENCE DE L'HÉRÉDITÉ

SUR LA PRODUCTION DE LA SUREXCITATION NERVEUSE,

SUR LES MALADIES QUI EN RÉSULTENT,

ET DES MOYENS DE LES GUÉRIR;

PAR M. E. GINTRAC,

Professeur de clinique interne à l'École de médecine de Bordeaux,
Correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Talis pater, talis ne filius?

Ouvrage couronné dans la séance publique annuelle du 12 décembre 1843 (1).

Cette question semble, au premier aspect, simple et d'une solution aisée. Quel est le praticien qui, recueillant ses souvenirs, ne s'empresserait d'en résoudre affirmativement la première partie? Mais en parcourant les divers sujets qu'elle embrasse, en pénétrant dans les nombreux détails qu'elle renferme, en appréciant les faits contradictoires qu'elle présente, cette spécieuse simplicité disparaît. Tel un point dans l'horizon, que l'on croyait libre et d'un accès facile, à mesure qu'on en approche, se montre hérissé d'aspérités et d'obstacles.

D'ailleurs, en médecine, il n'est pas de minces sujets d'études, pas de problèmes d'une solution peu importante. Les vérités de la plus probable apparence veulent être expérimentalement prouvées.

Voici, si je ne me trompe, les éléments de la question. Qu'est-ce que l'hérédité morbifique? La surexcitation nerveuse a-t-elle une existence réelle, distincte; quels en sont les carac-

(1) Voyez *Bull. de l'Acad. royale de méd.*, t. IX, pag. 268 et suiv.

tères et les rapports? Se transmet-elle par voie d'hérédité? Quelles maladies fait-elle naître, et ces maladies sont-elles soumises à la même influence? Enfin, quel traitement peut-on leur opposer?

Telle est la division que je suivrai dans cet essai. J'aimerai à m'appuyer sur l'autorité respectable de nos devanciers et de nos contemporains; mais je crois qu'il est surtout essentiel de mettre à contribution les résultats de l'expérience personnelle. En puisant à cette source, j'userai de réserve. J'aurais pu multiplier les faits qui doivent servir de base à mes assertions; mais c'eût été rendre sans nécessité ce mémoire plus volumineux. J'ai préféré faire un choix parmi les documents dont l'authenticité, l'exactitude, ne pouvaient souffrir aucune contestation, et pourraient au besoin être aisément prouvées. Je n'ai point eu en vue de donner à tout prix du neuf, de l'extraordinaire; ambition si commune de nos jours, et dont il faut tant se défier. Comme Morgagni, je dirai : *Longè mihi potior cura est veritatis quàm novitatis.*

Considérations générales sur l'hérédité pathologique.

1° L'œil le moins exercé distingue dans les familles des traits nombreux de ressemblance, des analogies de développement et de conformation. Les diverses races humaines, en s'éloignant plus ou moins du type primordial, rendent ces analogies plus saillantes encore. On peut donc considérer comme une loi de l'organisation cette propagation de l'aspect matériel des individus. Il existe donc une *hérédité anatomique.*

On voit aussi dans la manière dont les fonctions s'accomplissent, dans les allures, dans les tempéraments, dans les idiosyncrasies, dans les appétits et les antipathies, des rapports évidents, des ressemblances frappantes entre les divers individus d'une race, d'un peuple, d'une caste, d'une famille. Il y a donc une *hérédité physiologique.*

On est souvent témoin de la transmission des pères à leurs

enfants d'une disposition mentale particulière, d'une aptitude intellectuelle spéciale, de la solidité ou de la faiblesse du jugement, du caractère et des passions. On peut donc admettre une *hérédité psychique*, avec laquelle concourent la puissance de l'éducation et la force de l'exemple.

Des conformations vicieuses, des altérations graves, des maux qui tendent à resserrer les limites de l'existence, sont susceptibles de passer de génération en génération. C'est là ce qu'on doit appeler *hérédité pathologique* ou *morbifique*.

2° L'hérédité pathologique consiste en une modification de l'organisme, évidente ou latente, générale ou partielle, qui, communiquée des parents à leur postérité, peut donner lieu, tôt ou tard, à des lésions variées dans leurs formes, mais identiques ou analogues quant à leurs caractères essentiels.

Ces lésions constituent les maladies nommées héréditaires ou de famille, *morbi gentilitii, congeniti, parentales* (Volfinc), *seminales* (Van-Helmont), *archeales* (Dapré), etc.

3° L'influence morbifique héréditaire a été niée par un très petit nombre d'auteurs (1); mais elle est démontrée par la transmission trop évidente et trop souvent réitérée d'un certain nombre de maladies chroniques, la phthisie, les scrofules, la goutte, par exemple, pour qu'on puisse la révoquer en doute.

4° Toutefois l'observation journalière nous montre dans beaucoup de familles des apparences diverses, des oppositions formelles entre les parents et les enfants (2), entre des frères et des sœurs, soit sous le rapport de la physionomie ou du caractère, soit sous celui des dispositions maladives. Il n'y a donc pas une hérédité constante, nécessaire, absolue.

(1) Ant. Louis, *Dissert. sur les mal. héréditaires.* Paris, 1759. — Cas. medicus (voyez Muller, *De dispositione ad morbos hereditaria.* Gotting., 1794). — Brown, *Element. med.*, lib. II, § 604.

(2) Cum sæpè ex pacifico patre ferreus filius, ex aureo avo plumbeus nepos, ex helluone et bibula matre abstemius nascatur filius. Non raro mobilis sanguis qui glorioso bullit calore in avis; tepet in nepotibus. De Pré, *De morbis archealibus sive hereditariis.* Erfurth, 1702, pag. 12.

5° Cette transmission peut n'avoir lieu que relativement à telle ou telle portion de l'organisme. S'il y a, par exemple, ressemblance dans les traits du visage, il y a différence de stature; s'il y a analogie quant au physique, il y a opposition relativement au moral. L'hérédité est donc plutôt spéciale que générale. Elle se manifeste dans tel appareil, tel département organique, telle fraction des systèmes vasculaire ou nerveux. *Isenflamm* s'est attaché à montrer le rôle que doivent jouer dans la production des maladies héréditaires ce développement partiel des vaisseaux, leur mode de disposition, leur calibre, la facilité du cours du sang, etc. (1).

6° L'hérédité n'a généralement qu'une action lente. Elle ne constitue qu'une prédisposition éloignée, une sorte d'état latent qui, pour manifester son existence, attend l'action de quelque cause occasionnelle et même l'attend quelquefois fort longtemps. Souvent, après une longue incubation, la maladie éclate sans cause extérieure appréciable. Son développement se lie parfois aux révolutions des âges, aux modifications de texture et d'activité fonctionnelle, que chaque organe subit dans cette succession chronologique des diverses phases de la vie.

7° L'hérédité agit ordinairement d'une manière directe et immédiate, c'est-à-dire de la part du père ou de la mère sur les enfants. On croit que l'influence maternelle est plus puissante que celle du père. Hoffmann (2) est de cet avis. La mère exerce, il est vrai, une double action, l'une qu'elle partage avec le père dans l'acte même de la conception, l'autre qui lui est propre et qui dépend des rapports établis pendant la vie intra-utérine entre elle et le fœtus. Cette dernière action est démontrée par les faits de transmission morbifique durant cette période. Fernel a vu la fièvre quarte, la pleurésie, l'otorrhée chez le nouveau-né après avoir existé chez la mère pendant la

(1) *Commentarii de rebus in scientia naturali et medicina gestis. Lipsiæ*, t. XXVII, pag. 71.

(2) *De affectibus hæreditariis illorumque origine*, 1699. T. XIX, p. 529.

grossesse (1). La variole peut se communiquer de la mère au fœtus. J'ai vu une jeune dame qui pendant la gestation avait eu une gastro-entérite intense; son enfant naquit avec la langue très rouge et eut pendant les premiers jours des vomissements fréquents. Il y a donc une influence réelle exercée par la mère sur le fœtus. Mais cette influence, de laquelle naissent diverses maladies congéniales, doit être bien distinguée de celle qui tient à la constitution des parents, à leurs maladies antérieures, qui forme la véritable source de l'hérédité pathologique, et qui probablement n'est pas plus active ni plus puissante de la part de la mère que du côté du père.

8° L'hérédité morbifique directe n'est pas toujours immédiate. Elle peut traverser une génération sans produire ses effets ordinaires. La goutte en offre des exemples fréquents. La disposition manifestée chez le grand-père, communiquée par le père au petit-fils, devient évidente chez celui-ci, après avoir été latente chez l'agent de la transmission. Cette disposition est demeurée occulte, stationnaire, durant toute la vie du fils, comme elle l'est pendant une partie de celle du petit-fils.

9° L'influence héréditaire ne se manifeste quelquefois que par des effets collatéraux, c'est-à-dire que le père, la mère, les aïeux n'ont pas eu le genre d'affection que l'on voit cependant s'attacher à tous ou presque tous leurs enfants. Isenflamm cite l'exemple de huit enfants issus de parents d'une santé irréprochable qui moururent à huit ou neuf ans du diabète. J'ai constaté l'existence de cette cruelle maladie chez un jeune homme de vingt ans et chez sa sœur âgée de dix-huit, bien que les père, mère, aïeux n'en eussent jamais été atteints. Underwood (2), J. P. Frank (3), ont vu, l'un six, l'autre cinq enfants de la même famille mourir d'hydrocéphalie aiguë; les parents étaient bien

(1) *De morborum differentiis*, lib. I, pag. 257.

(2) *Maladies des enfants*, traduit de l'anglais. Paris, 1786, pag. 237.

(3) *De cur. hominum morbis Epitome*, lib. VI, pars. 1, pag. 337. — *Traité de méd. pratique*, traduit par Goudareau. Paris, 1842, t. II, pag. 88.

constitués. La phthisie moissonne souvent toute une génération après avoir épargné les précédentes. Il existe donc des dispositions, des constitutions de famille, qui germent avec une subite activité, sévissent avec une funeste rigueur, bien que les antécédents n'en eussent donné aucun indice.

10° Quelquefois on distingue, dans ces graves et affligeantes circonstances, les éléments originels, vagues, incertains et fugitifs des résultats auxquels une union mal assortie a donné lieu. Dans une famille, trois enfants sont éminemment scrofuleux et même deux sont rachitiques. Le père a les plus belles espérances et jouit de la meilleure santé; son tempérament est lymphatico-sanguin; ses parents sont lymphatiques, mais non scrofuleux. La mère est grande, pâle, blonde, sujette à des angines tonsillaires, mais n'a point d'affection strumeuse; il n'en existe pas dans sa famille. Voilà cependant trois enfants qui en portent la marque incontestable. Je dois ajouter qu'on ne peut en faire remonter la cause à l'oubli des règles hygiéniques. Je n'en trouve l'origine que dans cette fusion de tempéraments presque analogues, marqués par la prédominance lymphatique, combinaison qui en a exagéré les conséquences et les a élevées à la hauteur de l'état pathologique.

11° Une influence morbide constitutionnelle héréditaire peut produire ses effets chez les enfants avant de les manifester chez leurs auteurs. Ainsi j'ai vu des jeunes gens périr phthisiques, et longtemps après le père et la mère révéler en mourant la véritable source de cette funeste disposition. Cette disposition était donc moins active chez ceux-ci que chez leurs enfants. Elle avait donc acquis une intensité progressive. MM. Roche et Sanson (1) ont remarqué, M. Dubois d'Amiens (2) pense aussi que l'aptitude ou la prédisposition héréditaire à contracter telle ou telle maladie s'accroît de génération en génération.

(1) *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale.* 4e édition. Paris, 1844, t. I, pag. 6.

(2) *Pathologie générale*, t. I, pag. 45.

12° L'hérédité paraît d'autant plus puissante qu'elle a poussé chez les parents des racines plus profondes et plus anciennes. Quelle différence, sous le rapport de la transmissibilité, entre la phthisie constitutionnelle et la phthisie accidentelle (1)! Je connais des personnes issues d'individus morts depuis longtemps de ce dernier mode de dégénération, qui ont traversé sans orage la période où il se développe ordinairement.

13° L'hérédité ne produit pas des effets égaux sur les divers enfants d'une même famille. Elle semble souvent choisir ses victimes, et même les désigner à l'avance par la similitude physique ou morale qu'elle établit entre celui qui donne l'impulsion morbide et celui qui a le malheur de la recevoir (2). Chavet rapporte que, sur cinq enfants, deux avaient beaucoup de l'air de la mère morte phthisique; ils moururent de la même maladie. Plusieurs auteurs ont noté les résultats de cette fâcheuse ressemblance.

14° Ce choix malheureux porte quelquefois sur un sexe et épargne l'autre. Pagès a connu une famille dont tous les garçons devenaient chauves à vingt-cinq ans, tandis que les filles conservaient leurs cheveux(3). Une famille se composait de quatre filles et un fils; celui-ci a maintenant quarante ans; sa voix est grêle, sa constitution délicate, mais il se porte bien, tout en usant des précautions que suggère la prudence et que facilite la fortune. Mais ses sœurs sont mortes successivement de la phthisie pulmonaire; l'aînée a succombé la dernière. Voici sur cette famille quelques remarques assez curieuses. La mère mourut phthisique après ses trois plus jeunes filles. Elle avait été mariée deux fois; ses deux maris étaient fort robustes, et périrent à un âge peu avancé par suite de maladies accidentelles.

L'influence pathologique partait donc de la mère. Cependant

(1) Chavet, *De phthisie hereditaria.* Munster, 1787. — *Journal de médecine*, t. LXXV, pag. 328.

(2) Muller, pag. 13.

(3) *Encyclop. méthod.*, art. *Malad. héréditaires*, t. VIII, pag. 164.

deux enfants du premier lit (fille et garçon) ont joui et jouissent encore de la meilleure santé, tandis que l'hérédité s'est exercée, comme je l'ai déjà dit, de la manière la plus inflexible sur les quatre filles du second lit.

15° L'hérédité pathologique consiste en une modification de l'organisme de laquelle dérivent des effets variables dans la forme, mais analogues dans le fond. En traversant les générations, les maladies subissent des transformations dont aisément on saisit les rapports, les liens réciproques. Un épileptique engendre un maniaque; un goutteux donne naissance à un calculeux, une mère scrofuleuse donne le jour à un enfant rachitique. Or, tous les médecins connaissent la connexité qui existe entre le rachitis et les scrofules, le calcul et la goutte, la manie et l'épilepsie. On ne doit pas oublier que c'est la constitution, la prédisposition, et non la maladie elle-même que les parents communiquent.

16° Il suit aussi de cette donnée que les effets de l'hérédité morbifique peuvent varier chez les enfants selon leurs dispositions particulières. Ainsi l'un a les glandes cervicales engorgées, un autre a une ophthalmie chronique, un troisième le carreau, un quatrième une tuméfaction des phalanges, etc. On a vu encore une affection multiple chez le père se partager comme une succession. Capeller, médecin d'une petite ville d'Allemagne, y connaissait un pharmacien qui avait des ulcères, la goutte et des douleurs néphrétiques; ces trois états morbides, liés entre eux mais distincts, se partagèrent entre l'aîné, le second et le plus jeune de ses enfans (1).

17° La connaissance des dispositions héréditaires d'une famille est toujours de la plus haute importance. Elle sert puissamment à confirmer ou modifier le diagnostic, à convertir en indices positifs des signes qui, sans elle, fussent demeurés incertains. Il y a quelque temps que l'on vint me consulter pour savoir s'il était

(1) Zeller, pag. 11. *Affectuum hæreditariorum theoria pruside Metzgero. Tubingæ.* (Sans date.)

prudent de donner une demoiselle en mariage à un particulier, âgé de trente-deux ans, qui, six ans auparavant, avait demandé par écrit et sérieusement à se marier avec une petite fille de six à sept ans, et qui, contrarié par le refus qu'on lui en fit, avait quitté brusquement la carrière honorable et distinguée qu'il parcourait pour se mettre momentanément professeur de classes élémentaires dans une pension. Depuis ce temps, c'est-à-dire depuis cinq ans, il n'avait donné aucun signe de lésion mentale. Esprit cultivé, mœurs honnêtes, fortune considérable, tout semblait faire de M. * * * un parti très avantageux. Je demandai quel avait été l'état moral de ses parents. Le père et la mère n'avaient offert aucune anomalie intellectuelle; mais le grand-père avait une extrême bizarrerie dans le caractère; il était sujet à des antipathies singulières; par exemple, il était l'ennemi irréconciliable des rossignols, il les pourchassait à coups de fusil dans ses domaines d'une manière vraiment extravagante; il avait une sœur non moins fantasque et à jugement plus faux encore. D'après ces faits, je crus le moral du prétendu assez compromis, soit par les antécédents de sa famille, soit par les aberrations qu'il avait manifestées lui-même, pour donner des craintes sérieuses sur son avenir ou celui des enfants qu'il aurait.

18° Les maladies qui se développent sous l'empire d'une cause héréditaire sont ordinairement graves, d'une curation difficile et souvent impossible. Le pronostic en doit donc être presque toujours fâcheux.

19° L'hérédité, aidée de l'influence du climat, de l'exposition des lieux, du régime, des habitudes, en un mot de l'ensemble des puissances hygiéniques, concourt à la production des maladies endémiques. Elle avait amené, avec ces diverses causes et la longue succession des temps, l'établissement des races; elle continue encore à les propager lorsque ces causes n'agissent plus.

20° Mais une grande loi de la nature est la tendance vers l'équilibre. On voit des familles, après avoir longtemps porté les stigmates de l'hérédité, en effacer successivement la trace par le

concours de conditions meilleures et d'alliances heureuses. Ainsi le goître, le crétinisme, tendent à disparaître des lieux où ils furent si communs. Les races se fondent les unes dans les autres. Un Portugais, propriétaire au Brésil, me disait que, parmi ses esclaves, plusieurs étaient aussi blancs que lui-même (1).

21° L'un des meilleurs moyens d'atténuer et même de détruire les dispositions héréditaires consistera donc en des alliances faites avec discernement. En opposant le tempérament sanguin au lymphatique, la prédominance musculaire à la susceptibilité nerveuse, l'embonpoint à la maigreur, le caractère calme à l'ardeur des passions, on ramènera les générations suivantes vers l'équilibre, vers ce terme moyen, ce *temperamentum ad pondus*, qui est le beau idéal de la nature humaine. Cette sollicitude pour l'avenir de l'espèce ne doit pas seulement intéresser les individus, les familles, les races; elle est digne de toute l'attention des gouvernements, afin d'asseoir sur des bases solides la santé publique et la force nationale.

Aperçu sommaire sur la surexcitation nerveuse.

1° L'action vitale, comme toute force, est susceptible d'augmentation ou de diminution. De là deux états pathologiques admis dès la plus haute antiquité: l'un, qui constitue le *strictum* de Thémison, engendre, selon son mode ou ses degrés, l'excitation, l'orgasme, la turgescence, la surexcitation, l'irritation; on l'a appelé sthénie ou *hypersthénie*. L'autre, le *laxum* des anciens, a pour caractère la faiblesse, l'adynamie; on l'a nommé asthénie et mieux *hyposthénie*.

A l'un de ces états s'en joint souvent un troisième, qui parfois existe seul : c'est l'*ataxie*.

2° L'organisation, considérée dans sa texture intime, se résout en deux éléments essentiels : l'un se montre sous la forme de

(1) Il y a longtemps que les macrocéphales dont parle Hippocrate ont cessé d'exister.

filets mous, animés de propriétés vitales très actives; l'autre consiste en des canaux de calibres variés, ayant entre eux des rapports multipliés et servant à la circulation des liquides. Le premier est l'*élément nerveux*, le second est l'*élément vasculaire*.

3° Différents par leurs formes et leur texture, leurs propriétés et leurs usages, ces deux éléments se distinguent aussi par leur manière de souffrir et de s'altérer. L'un et l'autre sont susceptibles de précipiter la marche des phénomènes auxquels ils président, de développer une énergie plus grande, en un mot d'offrir les indices de l'hypersthénie. Mais cet état, étudié dans ces deux éléments, présente des différences importantes.

4° L'*hypersthénie nerveuse* consiste en un accroissement des propriétés départies au système nerveux. C'est une sensibilité exagérée jusqu'à la douleur, une activité intellectuelle qui s'élance au-delà des bornes du réel, une mobilité qui s'anime sous la plus légère impulsion. Ainsi des sensations variées et plus ou moins pénibles, des productions idéales qui s'enfantent sans mesure et sans ordre, des spasmes, des contractions involontaires, des mouvements convulsifs, sont les effets de l'hypersthénie ou surexcitation nerveuse.

L'*hypersthénie vasculaire* se caractérise par des augmentations de sécrétions, de nutrition, des congestions sanguines ou lymphatiques, des inflammations, des hémorrhagies, etc.

5° Les effets locaux de l'hypersthénie vasculaire tombent sous les sens. Depuis la simple injection, le plus léger engorgement, le plus petit changement de consistance, jusqu'à l'inflammation désorganisatrice des tissus, l'œil peut découvrir et suivre les changements matériels subis par l'organisation. Il n'en est pas de même à l'égard de l'hypersthénie nerveuse. C'est par la négation des altérations visibles qu'elle se caractérise; elle ne modifie en rien, du moins sensiblement, la texture organique.

6° Dans l'état pathologique, aussi bien que dans l'exercice normal de leur cavité, les deux éléments font bientôt reconnaître avec quels centres ils correspondent. L'excitation nerveuse lo-

cale va retentir dans l'encéphale ; l'irritation vasculaire émeut le cœur ; l'une provoque le délire, le spasme, les convulsions, etc. ; l'autre suscite la fièvre.

7° Le mode de lésion des propriétés organiques offre aussi dans ces deux cas de remarquables différences. Avec une exagération extrême de la sensibilité, dans l'hypersthénie nerveuse pure il peut y avoir tolérance de la pression et des stimulants les plus énergiques, lesquels, dans l'irritation vasculaire aiguë, seraient insupportables.

8° Les effets de l'hypersthénie ou surexcitation nerveuse participent du caractère intermittent des fonctions du système nerveux. Il est rare de voir ces états morbides continus, à moins qu'ils ne soient d'une extrême violence et ne tendent vers une issue funeste. Le plus ordinairement c'est par accès ou attaques qu'ils se produisent. L'hypersthénie vasculaire offre dans sa marche une continuité plus suivie, bien que susceptible d'augmentations et de diminutions successives, et même d'intermittences.

9° La première est remarquable par l'irrégularité avec laquelle se montrent ses phénomènes. Les attaques, accès ou paroxysmes nerveux n'ont en général rien de fixe, ni pour les époques où ils se renouvellent, ni pour leur intensité, ni pour leur durée. La seconde a une marche plus régulière ; on peut dans son cours fixer des périodes et prévoir une terminaison.

10° Les efforts de la nature sont rares ou généralement infructueux dans les affections nerveuses. On ne peut guère, en effet, considérer avec Reil (1), comme de véritables crises, des accès plus violents qui, dans ces maladies, donnent des repos plus longs, mais n'amènent point une cessation définitive. Les crises observées par Esquirol, dans la folie (2), n'étaient-elles pas toujours tardives, incomplètes, irrégulières et tout-à-fait accidentelles? Dans les affections qui dépendent de l'hypersthénie

(1) *De crisibus morborum nervosorum. — Memorab. clinic. Fascic.* 3, pag. 153.
(2) *Des maladies mentales.* Paris, 1838, t. I, pag. 336.

vasculaire, les crises, sans être de nos jours ce qu'elles furent aux yeux des anciens, ont cependant une incontestable réalité, arrivent à des époques assez bien déterminées et donnent des résultats décisifs.

11° Ainsi étudiée dans les éléments nerveux et vasculaire, l'hypersthénie ou surexcitation présente des différences fondamentales. Quelquefois entre ces éléments s'observe même une sorte d'antagonisme. Les grandes pertes de sang, diverses altérations de ce fluide, les causes qui jettent les systèmes vasculaires dans la débilité, peuvent développer et exagérer l'excitation nerveuse. Le typhus, la chlorose, les vésanies (1) fournissent des preuves de cette assertion.

12° Si l'équilibre rompu entre ces deux éléments se montre de plus en plus distinct, l'observation découvre habituellement entre eux les plus intimes rapports, une dépendance mutuelle. Dans les phlegmasies, l'excitation nerveuse précède ou accompagne les modifications du cours du sang déterminées par l'hypersthénie vasculaire. Beaucoup d'hémorrhagies sont provoquées, arrêtées ou reproduites par l'influence nerveuse. Des flux liquides ou gazeux, des altérations de sécrétions sont subordonnés à des lésions plus ou moins graves de l'innervation. Les spasmes, les convulsions dépendent souvent d'une vive injection vasculaire de la pulpe cérébrale ou nerveuse.

13° L'excitation peut successivement affecter les deux éléments. Les névroses succèdent souvent aux phlegmasies. L'appareil vasculaire s'émeut quelquefois consécutivement au système nerveux et même le débarrasse pour ainsi dire : σπασμον πῦρετος λῦει. Les crises dans les vésanies, par exemple, sont-elles autre chose que le reflux de l'irritation sur l'élément vasculaire, c'est-à-dire la conversion de l'hypersthénie nerveuse en une hypersthénie sécrétoire, hémorrhagique ou phlegmasique?

14° La surexcitation nerveuse entretient des relations remar-

(1) Voyez Mémoire de M. Guislain, *Gazette médicale*, 1836, pag. 209.

quables avec les modifications ou dispositions générales de l'organisme qui portent le nom de *diathèses*. Ses rapports avec la diathèse cancéreuse n'ont dû échapper à l'attention d'aucun praticien. Longtemps avant l'apparition de la lésion locale, qui vient lever tous les doutes, on voit souvent se développer une susceptibilité générale et des symptômes variés qu'on est obligé dans le principe de regarder comme purement nerveux. Ainsi, des squirrhes, des cancers de l'estomac ou de l'utérus sont précédés des phénomènes de la gastralgie, de l'hypochondrie, de l'hystérie. J'ai vu et suivi longtemps les effets d'une vive excitation nerveuse chez les personnes qui plus tard furent atteintes de cancer mammaire. La dégénérescence cancéreuse s'effectue bien certainement sous l'influence d'une altération profonde de l'innervation.

Une autre diathèse, à laquelle je ne saurais imposer un nom satisfaisant, mais que j'appellerai herpétique pour être plus vite entendu, entretient encore d'étroites relations avec la surexcitation nerveuse. Cette disposition générale aux dermatoses chroniques est très commune chez les personnes irritables; la sensation prurigineuse qu'elle excite agace vivement le système nerveux. De cette alliance pathologique résultent des phénomènes variés, complexes, d'une fatigante ténacité.

La diathèse arthritique, lorsqu'elle est dégagée de tout appareil inflammatoire, produit des douleurs vagues, des aberrations de sensibilité, des troubles fonctionnels qui portent le caractère nerveux.

La diathèse scrofuleuse n'est pas étrangère à la surexcitation nerveuse, lorsqu'elle dirige ses effets sur les os. La plupart des enfants rachitiques ont une grande sensibilité, de l'esprit, un caractère irascible, une extrême mobilité nerveuse et une disposition convulsive.

15° La surexcitation nerveuse, en altérant par la continuité de son influence le mode de nutrition des organes, ne peut amener des changements considérables dans leur texture. A leur tour

les lésions organiques, matérielles et locales, telles que les kystes, tubercules, ossifications, concrétions, dégénérations, etc., sont le point de départ très fréquent de symptômes nerveux. Les névroses pures sont plus rares qu'on ne le croyait autrefois. En outre il est curieux de voir des altérations organiques très diverses donner lieu cependant à des maladies nerveuses à formes semblables. Ainsi, l'épilepsie se montrant avec des symptômes à peu près identiques chez trois individus, peut être liée chez l'un avec une ossification de la dure-mère, chez le second avec des tubercules du cervelet, chez le troisième avec un épanchement séreux des ventricules. Il en est de même de l'asthme, de l'angine de poitrine, etc., dont les causes ou coïncidences organiques sont indéfiniment variées, qui néanmoins se présentent avec leur physionomie propre et leurs traits distinctifs, d'où il suit que, si pour la détermination des causes ou l'appréciation des coïncidences, la connaissance des lésions organiques est très importante, elle ne doit pas faire perdre de vue la forme spéciale, constante et caractéristique, sous laquelle l'affection nerveuse se dessine et s'enregistre dans le cadre nosologique.

16° Le système nerveux, recevant par l'intermédiaire des sens les impressions du dehors, est modifié, stimulé selon l'état de ces organes, et selon la manière d'agir des causes de cette stimulation. La peau, qui jouit d'une grande sensibilité, qui est le siége de sensations variées et souvent douloureuses, qui contracte quelquefois une susceptibilité *anxieuse*, selon l'expression de Leidenfrost (1), est une voie féconde de stimulation du système nerveux.

Le goût reçoit des impressions parfois nuisibles. Il est une profession qui expose ceux qui l'exercent à une excitation dangereuse de ce sens : c'est celle de courtier de vins. Les continuelles dégustations, même sans déglutition, stimulent les parois

(1) Quod in moderna frequentia morborum nervosorum dijudicanda ad cutis externæ humanæ conditiones respiciendum sit. *Opuscula*, t. III, pag. 329.

buccales; l'estomac s'irrite par continuité de tissu. J'ai vu des accidents cérébraux évidemment provoqués par cette cause.

L'odorat exerce une influence marquée sur l'encéphale. Les abus du tabac sont faciles à constater chez les personnes très nerveuses. Les odeurs ambrées, le musc, les émanations fournies par diverses fleurs, jettent la perturbation dans le système sensible, et produisent souvent des nausées, des syncopes, des accidents convulsifs.

Les impressions faites sur l'œil sont ordinairement sans danger. Mais quand elles sont très vives, elles peuvent avoir des résultats fâcheux. Une jeune demoiselle qui, pour mieux observer l'éclipse de soleil du mois de mai 1836, avait longtemps fixé ses regards sur un vase plein d'eau, où se réfléchissait l'image de l'astre lumineux, conserva pendant plus d'un mois une sensation douloureuse des yeux et un obscurcissement de la vue; longtemps elle fut sujette à des céphalées opiniâtres; enfin elle a succombé en présentant tous les symptômes d'une fièvre cérébrale. Elle avait en outre des tubercules pulmonaires, mais qui étaient encore à l'état de crudité.

L'ouïe donne lieu à des excitations fréquentes du système nerveux. La musique exerce sur ce système une puissante influence. Elle est très nuisible chez les jeunes enfants, surtout chez les très jeunes filles d'une grande sensibilité, qui se livrent à l'étude de cet art avec trop d'assiduité. Les filles du célèbre Grétry en firent la cruelle expérience. Il est des sons, tels que ceux de l'harmonica, qui procurent de délicieuses vibrations, mais dont le charme est perfide.

17° Des ébranlements mécaniques dirigés sur les centres nerveux augmentent souvent leur disposition irritative. Une jeune demoiselle, très nerveuse, fait une chute sur la tempe droite; je la trouve plongée dans un coma profond. En parcourant des doigts le crâne, dès que j'arrive sur la partie qui avait été frappée, des convulsions éclatent; la plus légère cause les reproduit. Cet état cependant s'améliore; mais il lui succède, pendant plus de trois

ans, une disposition aux maux les plus variés, revêtant les formes de la névropathie, de l'hystérie, du somnambulisme, etc. J'ai vu dernièrement en consultation une jeune dame qui, en courant et en jouant, éprouva, sans chute sur la tête, une forte commotion. Elle fut prise de céphalalgie très intense et opiniâtre, de nausées, de vomissements répétés, etc., accidents qui inquiétèrent vivement sa famille et son médecin. Je ne reconnus aucun indice de méningite ni de cérébrite. J'appris que cette dame avait sa mère et une sœur atteintes d'affections nerveuses. Sa maladie céda peu de jours après par l'emploi des sédatifs.

Les percussions exercées sur la tête ont été des causes fréquentes de vésanies, de convulsions (1), et surtout d'épilepsie.

18° Il est des substances qui, introduites dans l'économie, agissent sur le système nerveux et l'excitent fortement. Les liquides alcooliques doivent être mis en première ligne. Un savant mémoire du docteur Roesch (2) signale les dangers de l'ivrognerie. Les vésanies, les tremblements convulsifs, l'épilepsie, l'apoplexie, en sont les conséquences ordinaires.

Le seigle ergoté, la strychnine, le plomb, les vapeurs mercurielles, etc., agissent sur l'appareil cérébro-rachidien comme des stimulants énergiques et délétères.

19° Les fluides impondérables, qui ont avec l'élément inconnu de l'innervation de si grandes affinités et de si frappantes analogies, l'excitent à un haut degré. Les effets du calorique sont facilement appréciés. Dans les pays chauds s'observent les plus profondes perturbations du système nerveux. L'action soutenue de la chaleur semble à la fois diminuer les forces radicales, débiliter l'élément vasculaire et exalter l'élément nerveux. L'été nous donne une faible mais fidèle image de cette double action, de ce contraste qui explique des faits d'apparence contradictoire.

(1) Buxtorf rapporte l'exemple d'une affection nerveuse dont la cause fut traumatique. Casus singularis morbi spasmodico-hysterici. *Acta Helvetica*, t. VII, p. 90.

(2) *Annales d'hygiène publique et de matière légale*. Paris, 1838, t. XX, p. 5 et 241.

Non seulement l'action du soleil est évidente sur l'organisme; mais encore les syzygies et les diverses phases de la rotation lunaire paraissent, chez un certain nombre de sujets, affecter sensiblement le genre nerveux. Les maniaques, les épileptiques n'ont pas sans motif reçu le nom de lunatiques. Franzeri a donné l'histoire d'une dyspnée nerveuse dont les accès suivaient exactement les périodes de la lune (1). Divers exemples témoignent de cette influence (2); chez les enfants irritables, on en remarque souvent les effets: sommeil agité, mouvements nerveux, grincements de dents, etc., que le vulgaire attribue aux mouvements des vers intestinaux. Les vermifuges sont prodigués; aucun ver n'est expulsé; mais l'état nerveux se calme. Le mois suivant, mêmes effets, mêmes remèdes, mêmes résultats, lesquels seraient obtenus sans le secours d'une polypharmacie qui n'est pas toujours innocente.

20° Les causes morales de la surexcitation nerveuse ont une activité incontestable. Les études précoces ou dirigées sans ordre, les longues contentions de l'esprit, les méditations profondes, les veilles prolongées, les affections vives de l'âme, l'enthousiasme et la crainte, l'amour et la haine, l'ambition, la passion du jeu, causent dans le système nerveux des ébranlements funestes.

21° Il est un phénomène moral et physique qui se lie étroitement à la surexcitation nerveuse; je veux parler de la tendance à l'imitation. On sait avec quelle facilité, quelle prompti-

(1) Traduit par Hallé. *Journal de médecine* de Corvisart, Leroux et Boyer, t. I, pag. 387. Cette observation, très curieuse par le genre de périodicité dont elle est un exemple parfaitement circonstancié, est encore remarquable par l'espèce de crise qui en amena l'heureuse terminaison. Ce fut la formation d'une cataracte: nouvelle preuve de la liaison qui existe entre les affections nerveuses et les lésions organiques.

(2) Balfour. *A treatise on putrid intestinal remitting fevers; in which the laws of the febrile state and sol lunar influence*, etc. Edimb. 1780. — *Obs. on the influence of the moon.* Philadelphia. Voy. *Litterat. med. etrang.*, t. VIII, pag. 331. — J. Frank, *Praxeos*, t. IV, pag. 522, etc. — Cambell, *Revue médic.* 1836, t. IV, pag. 437.

tude se propagent par cette voie chez les personnes nerveuses les accidents hystériques et convulsifs.

22° Les diverses causes que j'ai énumérées paraissent agir d'une manière directe sur le système nerveux. Il en est dont l'influence commence ailleurs. Le centre épigastrique, où sont réunis de si importants organes, où s'enlace un réseau nerveux et ganglionnaire dont le rôle est obscur, mais peut-être immense, entretient d'intimes rapports avec le centre encéphalique. Là vient retentir l'effort des passions; de là partent des stimulations qui réagissent fortement sur l'axe cérébro-rachidien. Longtemps avant les véhémentes démonstrations de la doctrine physiologique, cette action était connue des observateurs (1).

23° L'influence du centre ou pôle génital est également avérée (2). L'exercice trop actif, les provocations outrées des organes qui le composent, portent dans l'organisme, et spécialement sur le système nerveux, de funestes commotions.

24° Ce système n'est pas seulement exposé à s'affecter quand divers agents l'animent et le stimulent; sa sensibilité s'exalte aussi par l'absence des excitants. Celle de l'œil augmente dans l'obscurité; la rareté des sensations leur donne plus d'énergie. Le froid, dit Hippocrate, est l'ennemi des nerfs. L'inaction, l'oisiveté, la mollesse, l'ennui, disposent aux maladies nerveuses. L'abstinence prolongée excite l'estomac et l'encéphale. La continence, dans ses débats avec les exigences du tempérament, produit une stimulation générale. Il semble que l'incitabilité sans emploi s'accumule et réagisse sur les organes chargés de la dépenser.

25° Les deux sexes ne sont pas également disposés à la surexcitation nerveuse. Le sexe féminin représente, pour ainsi dire, la partie nerveuse du genre humain. Les névroses le trouvent dans les conditions les plus favorables à leur développement. La révolution de la puberté, la menstruation, la gestation, l'accou-

(1) Rega, *De sympathia ventriculi cum capite consensus*, pag. 118. — Henneken, *De morbis nervorum communissimis ex abdomine origine*. Gœttingue, 1783.

(2) M. Virey, *Bull. de l'Académie de médec.*, t. IV, pag. 621.

chement, l'état puerpéral, sont autant de circonstances qui augmentent l'irritabilité.

26° Aux divers âges, des influences spéciales réagissent sur le système nerveux. Dans les premiers jours de la vie, alors que des changements si profonds modifient les fonctions du nouveau-né, ce système est accessible à de dangereuses émotions. A l'époque de la première dentition, parfois des orages se succèdent, et c'est encore le système nerveux qui supporte les principaux efforts du travail qui s'accomplit. Dans l'adolescence, une élongation trop rapide produit quelquefois dans l'économie un affaiblissement radical et une irritabilité exagérée.

27° Le tempérament nerveux n'est pas seulement une prédisposition héréditaire ou une disposition acquise à la surexcitation nerveuse; il en est comme le premier degré. Qu'il me soit donc permis de consacrer quelques instants à son étude.

Le système nerveux n'est point identique dans ses diverses parties. Il serait curieux sans doute de suivre l'influence de chacune selon sa structure, ses propriétés, ses fonctions spéciales (1); mais, je l'avoue, il me semble que la physiologie est encore loin sous ce rapport du terme où la conduiront de nouvelles recherches. D'ailleurs l'examen que je dois faire est purement pratique et concerne principalement le système nerveux encéphalique.

Ce système est impressionné par les objets extérieurs, et réagit. Il se montre l'agent d'une puissance qui est intermédiaire à l'impression et à la réaction. Il est à la fois le siége de la sensibilité, l'instrument matériel de l'intelligence et de la volonté, la source du mouvement. S'il est très développé, s'il prédomine dans l'économie sur les autres systèmes, il devra nécessairement en résulter que les sensations seront plus vives, plus délicates, plus profondes, plus nombreuses, que l'activité morale sera plus grande, et la mobilité musculaire plus facilement mise en jeu, plus rapide ou plus énergique.

(1) Marshall Hall, *On the diseases and derangements of the nervous system.* London, 1841. In-8, fig.

La prédominance nerveuse a donc des attributs et des signes qui la caractérisent : aussi le tempérament qu'elle constitue est-il positivement établi (1), mais il offre des modifications particulières bien dignes de l'intérêt des observateurs. Les hommes chez lesquels il existe présentent dans leur manière de sentir et d'agir des différences remarquables et nombreuses, qu'il est cependant possible de rattacher à deux modes principaux.

Les uns sentent vivement et réagissent promptement ; les autres sentent profondément et réagissent lentement. Les premiers ont les sens ouverts à toutes les impressions extérieures ; leur esprit est prompt à saisir les rapports des objets ; leurs mouvements sont agiles. Jugeant vite, ils sont assez sujets à se tromper, mais ils changent facilement d'opinion. Ils s'emportent et se calment de suite. Ils sont imprévoyants, entreprenants, mais ne peuvent s'astreindre à un travail soutenu.

Les seconds ne semblent pas accessibles à des sensations aussi nombreuses, mais celles qu'ils éprouvent sont fortes et durables ; leur conception est tardive, mais complète ; leur mémoire n'est pas vaste, mais solide ; leur jugement n'est pas prompt, mais assuré ; leur imagination ne s'enflamme pas subitement, mais s'exalte par degrés, et dépasse souvent alors les limites ordinaires. Une simple idée les agite, les prive de sommeil, les rend heureux ou malheureux. Lents à se décider, ils ont une inflexible volonté. En général défiants et pleins de prévoyance, ils préparent avec patience les moyens de faire triompher leurs opinions et réussir leurs projets. Mal à l'aise dans la société, parce que leur esprit n'est pas assez agile pour suivre le choc des idées dans les mouvements trop rapides d'une conversation animée, ils préfèrent la solitude, le repos, la méditation. C'est là que leur intellect, tout entier à ses impressions, à ses souvenirs, à ses conceptions, s'élève à une certaine hauteur ou s'enfonce dans les ténèbres. Ce sont ces in-

(1) Dans son examen critique des tempéraments, M. Royer-Collard a été obligé de l'admettre, *Bull. de l'Académie de médec.*, t. VIII, pag. 402. — *Mém. de l'Académie de médec.*, t. X, pag. 135.

dividus qu'embrasent les feux les plus violents de l'amour, qu'entraîne l'ardeur des opinions et des partis, que l'enthousiasme aveugle, que le fanatisme pousse aux derniers excès.

Cette constitution est plus commune chez les hommes, mais ne leur est point exclusive. Je l'ai rencontrée chez quelques femmes. Elles étaient dans la seconde moitié de la vie, d'une taille assez élevée, maigres, pâles, à traits fins et réguliers; leur excessive sensibilité ne se démontrait que faiblement à l'extérieur, mais nourrissait longtemps les impressions reçues. Ces personnes ne savaient pas accepter les événements.

Il y a donc deux manières d'être impressionné : la première est caractérisée par une vive susceptibilité, par la mobilité nerveuse; la seconde, par la profondeur et la ténacité des impressions. Des maladies diverses dérivent de ces dispositions si différentes: les spasmes, la chorée, le délire, la folie, l'hystérie, résultent de la première; la lypémanie, les diverses monomanies, l'hypochondrie, se rattachent à la seconde.

La prédominance nerveuse peut former seule le principal caractère du tempérament : alors la constitution est sèche, les chairs sont peu développées, le teint est blême. On remarque plutôt les apparences de la faiblesse que les attributs de la force. Il semble que le système nerveux s'exalte en raison de la dépression des autres éléments de l'organisme (1).

Plus souvent la susceptibilité, l'exaltation nerveuse est associée au développement de l'un des systèmes vasculaires.

Chez les femmes, les enfants, elle s'unit habituellement à la polylymphie. De là les formes arrondies, la mollesse des tissus, la blancheur de la peau, la coloration peu animée de l'iris et des cheveux. Le sang est probablement plus séreux que dans les autres variétés constitutionnelles.

C'est ordinairement avec la vive susceptibilité, avec la mobilité nerveuse, que coïncide alors l'exubérance lymphatique. Mais

(1) Haake, *De caussis auctæ sensibilitatis.* Halæ ad Salam, 1764, p. 16.

chez les hommes, et principalement chez ceux du Nord, elle s'allie à la profondeur et à la ténacité des impressions. Ce sont des hommes froids, sérieux, positifs, phlegmatiques, adonnés aux travaux sévères de l'esprit. Je me suis plu quelquefois à étudier cette combinaison organique chez un savant distingué, médecin plutôt spéculatif que praticien, qui, apathique, lent, épais, lourd au physique, avait un moral très sagace, une grande aptitude aux travaux intellectuels, et surtout un style fort remarquable. Michel Montaigne devait être de cette complexion.

Le tempérament lymphatico-sanguin s'associe le plus souvent à la mobilité nerveuse : c'est la constitution la plus répandue dans notre pays. Le Français est gai, vif, entreprenant, amateur des beaux-arts, prompt à prendre un parti, à se dévouer, à s'enthousiasmer; quelquefois il se refroidit aussi vite qu'il s'était enflammé.

La prédominance sanguine, unie à l'irritabilité nerveuse, forme la base de ce que les anciens appelaient tempérament bilieux. La bile n'est pas seule ici sécrétée en abondance; l'urine, le sperme, le sont aussi d'une manière très active. Toutes les fonctions s'exécutent avec énergie; la chaleur est forte, la coloration animée, le sang très fibrineux. Le système nerveux imprime son activité à tout l'organisme. Ce tempérament est commun dans le midi de l'Europe.

Les anciens rapprochaient de leur tempérament bilieux celui qu'ils appelaient mélancolique. Celui-ci plus que les autres est sur la limite de l'état pathologique. M. Réveillé-Parise, après avoir judicieusement démontré son existence positive, en a placé le siége et la cause dans la prédominance du système veineux (1). Le rôle que joue la veine porte dans l'économie, l'influence hémorrhoïdaire, la disposition extérieure et intérieure du système veineux chez les individus de ce tempérament, sont très propres à donner du poids à son opinion; cependant beaucoup d'hé-

(1) *Transactions médicales*, t. III, pag. 161.

morrhoïdaires sont gais et vifs ; les femmes qui ont eu plusieurs enfants ont fréquemment les membres inférieurs parsemés de varices sans être mélancoliques ; j'ai vu chez une femme les veines superficielles du cercle supérieur très développées sans autre modification constitutionnelle. Le sang veineux me paraît peu propre à exercer une grande influence sur l'organisme. Dépouillé de ses principes vivifiants, il ne peut être l'agent de cette activité intérieure, de ce feu dévorant qui semble consumer les entrailles du mélancolique. J'admets bien avec M. Réveillé-Parise que le système veineux peut se développer dans cette constitution; mais je regarde l'exaltation nerveuse, la profondeur et la ténacité des impressions comme la source essentielle des phénomènes, tandis que cet habile écrivain ne l'envisage que comme une circonstance secondaire.

De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse.

La surexcitation nerveuse n'est autre chose que l'exagération du tempérament dont je viens d'esquisser l'histoire, dont j'ai examiné les principales modifications. Or, il est très commun de voir ces dispositions constitutionnelles passer de père en fils, s'établir dans les familles, et même concourir à la physionomie des populations.

Considérée dans son développement et dans ses effets, la surexcitation nerveuse est également héréditaire; elle se transmet et se répand dans les familles. Mais pour mieux en distinguer la marche et les progrès, il faut l'envisager d'une manière abstraite, c'est-à-dire qu'il faut moins s'attacher aux maux déterminés qu'elle produit qu'à la source dont ils émanent, remarquer moins la forme que le fond, ou plutôt embrasser d'un coup d'œil tous les effets et leurs diverses nuances, et les rattacher à la cause organique ou constitutionnelle qui leur sert de base.

Au lieu de considérations générales, de raisonnements sans

but ou sans application, il vaut mieux, je pense, exposer quelques faits dans lesquels l'influence héréditaire se montrera d'une manière évidente et diversifiée.

Je donne la préférence aux observations que j'ai recueillies sur des familles nombreuses, parce que l'influence héréditaire s'y constate plus clairement, que les modifications y sont plus sensibles, et ses rapports avec d'autres conditions pathologiques rendus plus saillants.

Première observation. — M. J. est né dans une contrée montagneuse du midi de la France, de parents estimables, mais peu fortunés. A quinze ans il quitte son pays, n'ayant reçu qu'une éducation bornée. Plein d'émulation, d'activité, doué d'un moral énergique, d'une volonté ferme, il étudie le commerce, en saisit le mécanisme, s'établit et ne cesse de prospérer. Mais au milieu de ses nombreuses occupations, des continuelles faveurs de la fortune, il a l'air malheureux et se plaint sans relâche; il accuse des douleurs vagues, un malaise indéfinissable qui rend son sommeil léger, imparfait. Les changements de temps influent sur son physique et sur son moral; il contracte l'habitude de prendre divers médicaments à des époques déterminées. J'ai été pendant quinze ans son médecin; il souffrait des parois de la tête, de la nuque, il avait une tendance hémorrhoïdaire, il était très impressionnable. Sa constitution était d'ailleurs robuste. Il menait une vie extrêmement régulière et tout-à-fait patriarcale. Il eut des fièvres intermittentes; le sulfate de quinine l'irrita vivement, il fallut user du quinquina. Il mourut d'apoplexie à quatre-vingts ans.

J'ai connu deux frères de M. J. L'un d'eux a longtemps habité Paris. M. le docteur Double était son médecin. Plus tard, revenu près de sa famille, j'ai été souvent appelé chez lui comme médecin consultant. Il était hypochondriaque au dernier degré; mais il finit par se plaindre à bon droit, car il mourut d'une affection du cœur. L'autre frère a vécu quelque temps en Amérique; il est gras, coloré, sanguin, a eu de légères

attaques de goutte; il est dans des appréhensions continuelles à l'égard de sa santé.

M. J. s'est marié à une femme bien constituée, pleine de raison, de calme, de vertu. Ils ont eu dix enfants; ceux-ci ont tous été nourris par leur mère.

Les fils m'ont offert les dispositions constitutionnelles et morbides suivantes :

L'aîné est d'une taille plus qu'ordinaire; il a toujours été très sensible, d'une grande capacité morale, mais très timide par une défiance exagérée de lui-même. Il eut, en 1838, quelques accès d'une fièvre intermittente grave, et a conservé une susceptibilité nerveuse excessive. Le moindre travail intellectuel le fatigue. Deux voyages à Saint-Sauveur lui ont fait du bien. Parfois la fièvre reparaît, et tend à prendre sa marche primitive sous le type tierce. Je suis obligé de donner de temps en temps, comme moyen préservatif, des pilules de sulfate de quinine et d'extrait de valériane.

Le deuxième fils est d'une constitution en apparence plus faible; son moral est plus ferme; son tempérament est nerveux.

Le troisième est fort et sanguin; il y a chez lui une disposition aux maladies du cœur; mais aucune lésion de forme, de volume ou de texture, ne peut encore être constatée. Il fut pris, il y a un an et demi, d'un état assez singulier. Le cœur sembla s'affaiblir dans ses contractions; le pouls devint mou, rare; le cerveau, moins stimulé qu'à l'ordinaire, ne réagit qu'imparfaitement sur l'appareil locomoteur; le malade ne pouvait ni marcher, ni même se soutenir. Il était dans une menace continuelle de syncope. Cet état dura plusieurs jours. Je le jugeai nerveux; des fatigues physiques et morales l'avaient occasionné. Je ne le combattis que par le repos. Les émissions sanguines ne me parurent point indiquées.

Le quatrième fils est petit et maigre; il a conservé pendant plusieurs années une tension douloureuse des parois abdominales par suite d'une longue course à cheval. Cette sensation

était simplement nerveuse, et étrangère aux organes intérieurs.

Le cinquième était grand, bien constitué, d'un caractère doux et flexible; il est mort, dans un voyage, d'une fièvre qu'on a nommée pernicieuse, mais contre laquelle le quinquina a été vainement employé. Elle résultait, sans doute, d'une lésion grave et ataxique du cerveau.

Le sixième fils, âgé de vingt-cinq ans, d'une organisation et d'un moral énergique, a eu quelques menaces de congestion cérébrale; la diplopie en a été l'un des principaux symptômes.

Des quatre filles, l'aînée, âgée de quarante-huit ans, a eu depuis cinq ou six ans des attaques d'épilepsie; ces attaques ont paru lorsque le flux menstruel a commencé à diminuer. Des émissions sanguines employées en temps convenable ont souvent prévenu les attaques, qui tendaient à revenir principalement vers le plein ou le nouveau de la lune. Depuis un an, la digitale, administrée avec persévérance, les a considérablement éloignées. Cette dame a deux fils; l'aîné est atteint d'un tic non douloureux qui, d'abord limité aux muscles de la face, s'est étendu à ceux du cou et de la respiration; de sorte que fréquemment des grimaces, un hoquet convulsif, des mouvements brusques du thorax, des expirations bruyantes viennent l'interrompre au milieu de la plus paisible conversation. Rien n'a pu guérir cette affection, dont l'habitude s'est contractée dans l'enfance et n'a point été suffisamment combattue par la volonté.

La deuxième fille est d'une santé depuis longtemps compromise par une excessive sensibilité. Elle a des palpitations de cœur fréquentes, l'estomac très délicat, une constipation habituelle, des douleurs vagues que l'on qualifie de rhumatismales. Cette dame a eu six enfants. L'un deux mourut à l'âge de seize mois, après avoir éprouvé des convulsions; je trouvai de petits tubercules disséminés sur la membrane qui tapisse les ventricules cérébraux. Des cinq enfants vivants, deux garçons, grands, forts, mais lymphatiques, sont bien portants; leur sœur aînée fut maladive dans son enfance, et jouit actuellement d'une bonne

santé; la deuxième est très pléthorique (1); la plus jeune eut dans les premiers jours de sa vie des convulsions qui me firent craindre un sort pareil à celui du premier enfant. Les bains prolongés et une ou deux applications de sangsues rétablirent cette petite fille, qui est d'une vivacité, d'une pétulance peu commune.

La troisième fille de M. J. a toujours été maigre, d'une faible constitution et d'une sensibilité profonde. Son moral est aussi énergique que son physique est débile. Les voies digestives ont été depuis longtemps le théâtre de divers phénomènes morbides attestant une grande excitabilité nerveuse. Sans les précautions hygiéniques les plus minutieuses, cette dame, qui est veuve et sans enfant, serait exposée à souffrir habituellement.

La quatrième fille, mariée et mère de famille, n'a jamais été sérieusement malade.

Telle est d'une manière succincte l'histoire pathologique d'une honorable famille dans laquelle il est aisé de voir la surexcitation nerveuse revêtir des formes variées. La névropathie, l'hypochondrie, les lésions encéphaliques, les palpitations de cœur, les névroses digestives, les convulsions, l'épilepsie, les tics et contractions spasmodiques, etc., forment une série de maux qui tiennent à la prédominance nerveuse si remarquable chez le père. En effet, M. J. était doué de ce genre de tempérament caractérisé par la profondeur, la ténacité des impressions. Cette volonté ferme, cette persévérance, cette continuité d'efforts, qui sont les conditions du succès, se trouvaient réunies chez lui. Il n'avait point des dehors agréables, il s'exprimait avec difficulté, il paraissait toujours soucieux; mais il avait une mémoire parfaite, un jugement sûr, et le génie de sa profession; il était bon et charitable. Élevé fort simplement, il sut bientôt commander à de nombreux subordonnés, et porter son nom estimé sur les mers les plus lointaines. Sa constitution était fortement trempée, mais devenue trop irritable. Je suis convaincu que s'il se fût

(1) Depuis quelques mois sa santé s'est altérée gravement; elle a maigri; ses règles sont supprimées, et elle est devenue d'une susceptibilité nerveuse et morale extrême.

borné à faire cultiver les champs de ses pères, il n'eût point eu cet état d'habituelle souffrance, cette névropathie permanente qui empoisonnait ses succès et assombrissait sa vie. Les fortes contentions d'esprit, les contrariétés inséparables de toute grande entreprise, et d'autant plus nombreuses que les sujets d'occupation sont plus multipliés, accrurent cette disposition nerveuse, que ses frères avaient pareillement. L'existence du tempérament nerveux et de la surexitation qui en est la conséquence, et la propagation de celle-ci aux enfants, et même aux petits-enfants, ne peut être ici révoquée en doute.

Je ferai observer que, malgré la variété des effets de cette surexcitation nerveuse, aucun membre de cette famille nombreuse n'a offert d'aberration mentale. Il n'en sera pas de même dans la plupart des faits suivants, l'hypersthénie conduisant très souvent à l'ataxie.

Deuxième observation. — M. M. F. est âgé de soixante-cinq ans, assez fort, très actif; il a su diriger ses affaires avec intelligence et succès. Depuis plus de vingt ans, il se croit presque toujours malade; il se plaint de douleur aux tempes, aux cartilages des oreilles, à la nuque. Unissant à ses plaintes continuelles une sorte de jargon de médecine humorale, il attribue tous ses maux au catarrhe et au rhumatisme, et ne se contente pas toujours des conseils qu'on lui donne. Il se traite à sa façon. Il reçut, il y a environ dix-sept ans, une leçon assez rude qui ne le corrigea que pour peu de temps. Poussé par la manie de se purger, il prit le remède de Leroy; bientôt se révéla une vive excitation des entrailles; le délire survint, et pendant environ deux mois un véritable état de folie se manifesta. Quelques applications de sangsues auxquelles le malade répugnait beaucoup, de nombreux bains calmèrent cet éréthisme nerveux. Le moral reprit son état habituel; mais c'étaient encore, comme auparavant, les sensations les plus bizarres que le malade décrivait, attribuant tous ses maux aux humeurs.

Une de ses sœurs qui est morte et que j'ai soignée quelque

temps, était dans un état pire. D'un moral fort singulier, très irritable, se croyant toujours malade, elle ne quitta pas son lit ou sa chambre pendant plusieurs années.

Un neveu, bien que fort et gras, a un enfant pour lequel je fus consulté, il y a sept ans : c'était une petite fille, âgée de trois ans et demi, qui, bien conformée en apparence, ne prononçait que quelques mots, avait cependant tous ses sens en bon état, paraissait avoir de l'intelligence, mais avait souvent des attaques nerveuses pendant lesquelles les yeux se renversaient, la tête se fléchissait, tout le corps s'affaissait. C'était une suspension momentanée de l'action musculaire par suite d'une excitation ou congestion cérébrale aussi rapidement dissipée que rapidement produite. C'était le premier degré d'un accès épileptique.

M. M. F. a eu trois enfants; un fils est mort, il y a quatre ans. Ce jeune homme avait eu en 1825 une fièvre typhoïde qui céda au vingt et unième jour, après avoir été intense et accompagnée de phénomènes nerveux très prononcés. Sa dernière maladie fut le produit d'une excitation nerveuse portée à un haut degré par suite d'affection morale. Il y eut d'abord congestion pulmonaire et hémoptysie, puis les organes digestifs s'affectèrent, et enfin le cerveau, qui avait été le promoteur de l'irritation, en devint le siége principal. Il y avait environ un mois que je soignais ce malade, dont je ne désespérais pas encore, lorsque je fus obligé de suspendre mes visites, étant moi-même indisposé. Le père, profitant de cette indisposition, introduisit auprès de son fils un médecin qui, soit par conviction, soit par une fatale complaisance, donna purgatif sur purgatif. L'excitation abdominale, qui avait été apaisée, se réveilla. Ce traitement fut malheureusement décisif.

Le fils est éminemment nerveux, pâle, maigre, intelligent, mais obstinément attaché à ses idées. Il fut atteint, il y a environ dix ans, d'une légère gastro-entérite qui devint chronique. Il y avait longtemps que toute irritation me paraissait détruite, que ce jeune homme ne se soumettait pas moins à une diète

d'une sévérité outrée. Malgré mes conseils et mes remontrances, il la continua pendant plus de six mois, et devint d'une excessive faiblesse, d'une maigreur surprenante. Il se mit à voyager et se rétablit.

La fille de M. M. F. a reçu une excellente éducation; elle est bonne musicienne, peint très bien, a une intelligence et une raison remarquables. Son moral paraît calme; elle parle peu, mais à propos et bien; elle a toujours été maigre et un peu pâle. En janvier 1827, elle eut une fièvre dont les points de départ paraissaient être dans l'utérus et le cerveau. Je remarquai un mélange singulier d'actes déraisonnables et de paroles sensées. Par exemple, étant dans le bain, elle ne voulait en sortir qu'après que l'eau en avait été complétement ôtée. Un autre jour, elle fait ses évacuations dans le lit, et quand j'arrive, m'en avertit confidentiellement : cependant elle exprimait ses idées nettement, avec une lenteur mesurée et une justesse parfaite. On ne pouvait remarquer dans ses paroles aucune aberration. Sa sensibilité était extrême. Le moindre bruit lui causait des spasmes. L'énergie musculaire était très grande; car après l'application de vingt sangsues, une diète de dix jours, elle put se lever, marcher, faire dans sa chambre de nombreux tours, et fatiguer les personnes qui la soutenaient ou la suivaient. Après une vingtaine de jours, il survint aux genoux et aux cuisses une éruption de papules rougeâtres. La fièvre et les symptômes nerveux s'apaisèrent graduellement. La guérison fut complète. Mariée il y a huit ans, madame J. a eu des dérangements variés. Ils résultaient de son état habituellement nerveux. Il y a trois ans, elle voulut nourrir son second enfant; mais pendant cet allaitement, sa tête s'exalta, elle se crut très malade, voulut prendre des remèdes et cesser de donner le sein à son enfant. Je parvins à l'en détourner; cet orage se calma, et l'allaitement fut continué avec succès. L'an dernier, nouvel accouchement et désir d'allaiter ce troisième enfant. Mais celui-ci avait à peine trois mois lorsqu'il tomba malade. Madame J. en accusa son lait et cessa malgré moi d'en

donner : alors commença la scène que j'avais prévue et empêchée précédemment. Une véritable lypémanie survint. Silence absolu, tristesse profonde; erreur telle des sens, que madame J. ne reconnaît pas son mari. Les rares paroles qu'elle prononce prouvent qu'elle s'en croit séparée à jamais, qu'elle ignore où il est. Après plus de deux mois de bains, de légers purgatifs, d'antispasmodiques, de séjours fréquents à la campagne, peu à peu elle s'occupe de ses enfants, qu'elle n'a pourtant jamais méconnus, regarde souvent son mari, mais semble ne pas le reconnaître, en parle en sa présence comme s'il était absent : cependant toutes ces illusions, toutes ces erreurs se sont graduellement et complétement dissipées.

J'ai dit que madame J. avait trois enfants : l'aîné offrit à six mois un développement extraordinaire de la tête, avec amaigrissement des membres inférieurs; il y avait quelques symptômes cérébraux, tendance à l'assoupissement, cris fréquents, dilatation des pupilles, etc. Cette disposition fâcheuse fut combattue par des demi-bains stimulants, des frictions très fréquentes sur les membres inférieurs, des doses petites, mais assez souvent répétées de calomel, un régime approprié, etc. L'équilibre se rétablit à la longue; mais ce qui y concourut sans doute plus que tous les moyens de l'art, ce fut une otorrhée purulente qui persiste encore, et contre laquelle j'ai toujours refusé d'agir. Les deux autres enfants sont assez bien portants, mais fort irritables.

Dans cette observation, on voit la surexcitation nerveuse si prononcée chez le père et dans sa famille, se transmettre à ses enfants avec un cachet à peu près identique. La fille éprouva, comme lui, un dérangement mental, qui de même dura peu de temps, et qui n'était que l'exagération passagère d'une disposition irritative du système nerveux, commune à toute sa famille.

Troisième observation. J'ai vu plusieurs fois en consultation les divers membres de la famille qui fait le sujet de cette observation. La mère est une femme d'une vivacité, d'une mobilité

d'idées, d'une intempérance de paroles peu communes; elle est brune, maigre. Lorsque le choléra parut en France, je crus qu'elle deviendrait folle de peur. Le père était un brave homme, d'un moral faible. Il y a quatre enfants. Des deux fils, l'un a une intelligence médiocre, l'autre est aliéné. On l'a mis dans une maison de santé. Des deux filles, l'une est mariée, maigre, faible, délicate, impressionnable, à peau blanche et fine, et cheveux noirs; elle a eu des névralgies variées, une toux fréquente et sèche; elle a une petite tumeur sus-mammaire. L'autre n'est point mariée, est également très sensible; elle a éprouvé récemment, et sans cause apparente, une cruelle dysphonie. Elle possédait une fort belle voix, tout-à-coup elle n'a pu faire entendre que des sons rauques et faux. Aucune phlegmasie, aucune altération appréciable ne paraît avoir occasionné ce changement, qu'on est obligé de considérer comme nerveux: cependant une application de sangsues a paru faire quelque bien.

La surexcitation nerveuse de cette famille a pris son origine dans le tempérament spécial de la mère. Douée d'une excessive irritabilité, qui influait sur ses dispositions morales, il n'est pas étonnant que l'un de ses fils ait hérité de cette tendance funeste au dérangement mental, et que ses autres enfants aient donné, les deux filles surtout, des preuves d'une prédominance nerveuse portée fort loin.

Quatrième observation. Une famille, composée de deux filles et quatre fils, offre encore cette disposition à un haut degré. L'origine en est paternelle et maternelle, mais selon deux modes bien différents. Le père, que je n'ai pas connu, est mort aliéné. La mère a une excellente tête; son tempérament est lymphatico-nerveux: je l'ai soignée d'un spasme violent des constricteurs de la glotte, qui revenait assez fréquemment, il y a plusieurs années, et la mettait dans un état inquiétant de suffocation. Celle-ci occasionnait un commencement de syncope, laquelle amenait le relâchement des muscles contractés; dès lors la res-

piration reprenait son jeu et le calme reparaissait. Cette affection fut combattue avec un plein succès par des lavements d'assa-fœtida.

Les enfants se sont pour ainsi dire partagé les dispositions morbides puisées à cette double source. L'aîné, qui était le mieux constitué, ayant eu quelques affections syphilitiques légères, s'en préoccupait toujours, et, quoique guéri depuis longtemps, prenait à outrance des médicaments actifs. Il mourut d'une dysenterie avec ulcération des parois du gros intestin. Le deuxième fils, qui est avocat, s'est cru, pendant plus de quinze ans, atteint de phthisie pulmonaire, parce qu'il avait de la dyspnée, et expectorait tous les matins quelques crachats grisâtres. Il s'est fait l'esclave de ses craintes; il ne travaille pas pour mieux soigner sa santé. Le troisième fils est également assez prompt à s'alarmer ; il eut, il y a plusieurs années, une fièvre avec symptômes ataxiques graves. Le quatrième fils a eu plusieurs atteintes d'aliénation mentale; il a été placé pendant deux ans comme pensionnaire dans un hospice d'aliénés, puis il a paru assez bien. On l'a fait sortir. Il semble avoir son bon sens, mais ses actes prouvent combien son jugement est altéré. Il dépense pièce à pièce son patrimoine, et ne tardera pas à se trouver à la charge de sa famille. Il y a deux filles, l'une est mariée, mère de famille et bien portante; l'autre est sans cesse souffrante; sa constitution offre un mélange de faiblesse et d'excessive sensibilité, de mollesse et d'exaltation. Je n'ai jamais vu nulle part la circulation du sang plus manifestement influencée par l'action nerveuse; une impression légère fait rougir, non seulement la face, mais la peau du cou et du thorax. Cette rougeur ressemble à celle de l'urticaire. Cette personne éprouve souvent des douleurs profondes, des chaleurs vives vers l'utérus, dont le col est parfaitement sain; elle a des pertes blanches, du malaise à chaque menstruation, des sueurs ou une moiteur générale sans fièvre, une impressionabilité désagréable qui lui fait redouter les plus légères influences.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaire; l'hérédité y est clairement prouvée.

Cinquième observation. Je fus consulté en 1820 par M. de B., âgé de cinquante ans, d'une forte constitution, atteint d'un sarcocèle volumineux, avec engorgement considérable du cordon. L'état cancéreux était évident. Les palliatifs me parurent les seuls moyens convenables; ils n'empêchèrent pas les progrès du mal.

Madame de B. vit encore. C'est une femme de haute stature, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une excellente santé, d'un caractère vif, et ayant beaucoup de raison.

Le fils aîné était, dans son enfance, faible, maigre, irritable. Il était souvent malade. Je le soignais lorsqu'il était en pension; ses indispositions n'étaient pas graves, elles portaient le cachet de l'état nerveux; elles dépendaient en partie de la funeste habitude de la masturbation, habitude à laquelle il fut difficile d'empêcher ce jeune homme de se livrer. D'un caractère sombre, mélancolique, s'occupant beaucoup de littérature et de politique, il eut cependant, sans la rechercher, une intrigue amoureuse qui ne le guérit pas de l'onanisme. Le moral finit par s'affecter vers l'âge de vingt-quatre ans : c'étaient d'abord des personnages mystérieux qui lui donnaient des rendez-vous, et avec lesquels il devait traiter les questions les plus importantes. Plus tard le dérangement mental s'aggrava. Il y avait une grande exaltation dans les idées, mais beaucoup de calme dans les actions. Je ne pus diminuer cette vésanie; je conseillai de placer M. de B. dans un asile spécial; il y est encore, je doute qu'on puisse le guérir.

Le frère, que j'ai soigné dans presque toutes ses maladies, est plein de sens, mais il est éminemment nerveux. Ses organes digestifs étaient d'une extrême susceptibilité. Les médicaments les moins stimulants les excitaient vivement. Un régime doux, léger, longtemps continué, et surtout l'habitation de la campagne, ont fortifié notablement ce jeune homme.

Ils ont une sœur dont l'enfance a été maladive. Elevée dans une pension de Paris, elle reçut les soins de l'illustre Dupuytren pour une menace de déviation du rachis. Les soins hygiéniques eurent de bons résultats; mais il resta une grande irritabilité. A dix-huit ans elle se maria, eut un enfant et ne l'allaita point à cause de cette disposition de l'organisme. Deux ans après il se manifesta sur la joue droite un flux sébacé, exactement semblable à celui qui est décrit par M. Rayer (1) d'après Thomson et Bateman. Les plaques jaunâtres étaient dans le principe détachées par les cataplasmes émollients, puis elles se reproduisaient. C'était à chaque fois un nouveau désespoir pour madame de P. Beaucoup de moyens furent mis en usage, comme on le pense bien; ils échouèrent tous. Les eaux de Luchon n'eurent pas plus de succès. Feu le docteur Chrestien, de Montpellier, fut consulté; ses remèdes ne réussirent pas mieux. Depuis longtemps je n'ai vu cette malade, qui, presque monomane, est allée se reléguer au fond d'une campagne.

J'ai rapporté cette observation, parce qu'elle sert de preuves à la liaison qui existe entre la surexcitation nerveuse et les diathèses cancéreuse et herpétique. Les états morbides sont sans doute différents chez les trois personnes dont je viens de parler, mais il y a chez tous une disposition commune: c'est l'excitabilité nerveuse manifestée de très bonne heure. D'où vient cette disposition native? La mère a une santé parfaite; ses parents étaient doués de la plus belle constitution. Le père seul me paraît devoir être mis en cause. Je ne peux m'empêcher d'accuser la diathèse cancéreuse sous l'influence de laquelle il vécut longtemps et mourut. On m'objectera sans doute que les enfants avaient été procréés bien avant la manifestation de cette diathèse. J'en conviens; mais on m'accordera que la constitution de M. de B. pouvait être modifiée, préparée, prédisposée à la dégénérescence qui devait plus tard s'accomplir, longtemps avant que celle-ci ne

(1) *Traité des maladies de la peau.* Paris, 1835, t. III, pag. 702.

vînt se dévoiler. Nous ignorerons toujours peut-être en quoi consiste cette modification, cette perversion lentement introduite dans l'organisme; mais nous ne pouvons pas plus contester son existence comme cause que nier les effets de son développement et de son extension.

Sixième observation. En 1824 je donnai des soins à M. D., âgé de soixante-huit ans, qui avait toujours été maigre, d'un tempérament nerveux, d'un caractère très sensible; il avait eu des hémorrhoïdes et une éruption herpétique à la face interne des cuisses. Il avait de l'esprit, mais de la bizarrerie dans les idées; par exemple, malgré son dévouement pour le drapeau de l'époque, il exprimait une antipathie décidée pour le blanc. Ayant pris du remède de Leroy, il se crut empoisonné, et eut la conviction qu'il allait mourir. Une contestation au sujet d'un alignement de peu d'importance vint ensuite l'occuper; il en parlait sans cesse: c'était son idée fixe. Le sommeil devint rare. Il se manifesta de l'excitation dans les voies digestives, de la constipation. Les bains, les délayants, un régime adoucissant, la douche ascendante, de petits voyages, n'apportèrent qu'un faible soulagement. La distraction fut de plus en plus difficile; le moral s'affecta profondément; la crainte et le désir de la mort se succédèrent; une manie très opiniâtre se déclara. M. D. fut conduit dans une maison de santé des environs de Paris, où il est mort, après cinq ou six ans passés sans la moindre amélioration.

Son épouse, madame D., a offert un état pathologique assez remarquable. Les détails que je vais retracer sont extraits d'une consultation signée des docteurs Portal, Double, Coutanceau et Veis, en date du 16 septembre 1824. Peu de temps après, je les constatai moi-même. Agée alors de cinquante et un ans, madame D. était née avec une constitution faible et nerveuse, une complexion délicate et presque toujours valétudinaire; de vingt-deux à quarante-six ans, l'estomac fut faible, languissant. Après cette longue période, l'âge critique s'annonça, d'abord par des

pertes sanguines fréquentes et copieuses, puis par une diminution successive du flux menstruel; à chaque époque, il survenait des maux de tête intolérables, et le malade ne parvenait à les calmer qu'en prenant du bon bouillon et de la soupe, indépendamment de ses repas ordinaires : ainsi se contracta l'habitude et bientôt l'irrésistible besoin de manger souvent; il ne fallut pas moins de huit repas, chaque jour, à des heures déterminées. Un retard dans la satisfaction du besoin était suivi de vomissements et de douleurs épigastriques. Par suite de cette abondance d'aliments, à la maigreur qui avait jusqu'alors existé, succéda un embonpoint qui plus tard devint une fatigante obésité. Malgré les conseils qui furent donnés par les signataires de la consultation, et les moyens que je mis ensuite en usage, cet état persista jusqu'en 1829. Alors deux attaques très rapprochées d'apoplexie enlevèrent le sentiment et le mouvement aux membres droits. Je prescrivis positivement un régime très sévère, composé de végétaux cuits et de poisson. La viande et le vin furent proscrits. Il y eut une amélioration notable. L'obésité diminua. Madame D. put se livrer à la lecture, et elle le fit, comme distraction, avec une ardeur des plus soutenues et sans inconvénient. Sa mémoire était très affaiblie: aussi pouvait-elle, au bout de six mois, reprendre comme nouveau un livre qu'elle avait déjà lu. Cinq années s'écoulèrent ainsi, et sans un déménagement qui entraîna de nouvelles habitudes et quelque fatigue, madame D. eût vécu plus longtemps; une troisième attaque d'apoplexie mit fin à son existence.

M. et madame D. eurent trois filles. La seconde ne se maria pas. J'en parlerai d'abord. Elle était née délicate et nerveuse. Atteinte d'une affection dartreuse à une main, elle avait pris dans son enfance beaucoup de remèdes. A l'âge de seize ans, son estomac s'affecta, ses digestions languirent. Le médecin qui la soignait crut à une faiblesse des voies digestives et prodigua les toniques. Ce fut en novembre 1828, c'est-à-dire huit ans après l'invasion de cet état, que je fus invité à lui donner des soins. Je

reconnus une lésion grave de l'estomac. Il y avait inappétence, dégoût, langueurs continuelles, digestion très pénible des plus petites parcelles d'aliments, borborygmes, flatuosités, état de gêne indéfinissable dans tout l'abdomen; mais ni vomissement, ni diarrhée, ni fièvre. Les règles étaient abondantes, toujours accompagnées de douleurs lombaires. Dans l'hiver de 1828 à 1829, il y eut de la toux, de la fièvre, une légère sueur la nuit. Au printemps ces nouveaux symptômes disparurent, en automne ils revinrent, et une hémoptysie se déclara. On vit alors marcher de pair les symptômes d'une lésion pulmonaire et ceux de l'affection gastrique. La mort arriva en juin 1830 à l'âge de vingt-six ans. Le corps était d'une maigreur extrême; les membres inférieurs et les mains étaient œdémateux. Les glandes mammaires ne partageaient pas l'émaciation générale. Les poumons contenaient une multitude de granulations tuberculeuses, isolées, grisâtres, entourées d'une légère injection sanguine. Le sommet du poumon droit en offrait plusieurs dans un état plus avancé, et des excavations étroites et tapissées par une matière purulente très épaisse. Le foie était volumineux. L'estomac, sain à droite, avait subi dans tout son côté gauche un ramollissement tel, qu'incapables de se soutenir par elles-mêmes, ses parois s'étaient appliquées sur les organes voisins et moulées sur leur relief. Les autres viscères abdominaux étaient sains; mais beaucoup de ganglions mésentériques étaient engorgés.

Je ne dirai qu'un mot des deux autres filles de madame D. Elles étaient maigres et d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une sensibilité très vive: elles moururent phthisiques.

Nous trouvons dans cette famille un grand développement du système nerveux et une faiblesse constitutionnelle, disposition commune à tous ses membres; en outre, l'aliénation mentale, la boulimie, l'apoplexie, la gastralgie, et des affections organiques de l'estomac et des poumons.

Le père et la mère étaient nerveux, mais d'une manière bien différente. Le moral du père était très irritable, celui de la mère

d'un calme imperturbable; ni l'un ni l'autre n'avaient eu d'indice de lésions pulmonaires, cependant leurs trois filles en furent atteintes; mais une sœur de madame D. mourut à un âge avancé, et, circonstance assez remarquable, ses propres enfants, dont je suis le médecin, et qui ont passé l'âge de quarante-cinq ans, n'en paraissent nullement menacés.

Cette observation m'a semblé propre à constater la connexion qui existe entre la surexcitation nerveuse et les lésions organiques, et à signaler l'une des métamorphoses sous lesquelles l'hérédité se manifeste.

Septième observation. M. L. D., agent de change, était un homme actif, intelligent, qui mourut jeune d'une maladie que je n'ai pu connaître que par la désignation insuffisante d'affection catarrhale.

Madame L. D. est lymphatique et nerveuse; longtemps elle fut sujette à des douleurs utérines, à des pertes blanches, à des névralgies vagues et peu intenses, pour lesquelles les bains de Saint-Sauveur furent employés avec assez de succès; elle a un frère qui est également lymphatique et nerveux, et qui, sans être souvent malade, se plaint habituellement, se ménage beaucoup, et parcourt, dans la saison, les diverses eaux minérales. Ce frère a un fils, âgé d'environ trente-cinq ans, qui est de haute stature, maigre, d'un moral doux et sensible, d'une constitution délicate, et qui est atteint, depuis quelques années, d'une douleur avec engourdissement du membre supérieur droit. Il ne s'agit point ici d'une affection rhumatismale ordinaire; il n'y a ni gonflement, ni chaleur, ni difficulté pour les grands mouvements de l'épaule, du bras, de l'avant-bras ou de la main, et cependant, dès que M. F. L. veut écrire, il sent une gêne extrême, il ne peut former les lettres; il y a des jours où il ne peut même pas signer. Il a dans tout le membre un sentiment pénible, mais dont le siége précis ne saurait être localisé : il varie chaque jour; la pression ne développe aucune sensibilité. Il n'y a aucune rétraction musculaire.

Je ne pourrais énumérer tous les moyens que j'ai employés; l'acupuncture n'a point été oubliée, les bains de Saint-Sauveur et de Baréges, les liniments de tous les genres ont été tentés sans succès. M. F. L. a une fille âgée de neuf ans, qui est d'une extrême mobilité, brune, maigre, et dont l'estomac est fort susceptible.

Madame L. D. a eu six enfants : l'aîné est mort, après avoir passé toute sa vie dans les remèdes ; intelligent, hypochondriaque, il finit par la phthisie pulmonaire. Le second fils se porte bien, est d'un tempérament lymphatico-sanguin, possède une force de réaction assez énergique; mais il est très impressionnable, et pour le moindre dérangement se frappe de suite. Le troisième fils est petit, faible, a été scrofuleux, a eu plusieurs maladies syphilitiques ; il est encore d'une excitabilité très remarquable.

Il y a trois filles: la plus jeune, petite et délicate, est rarement malade. La deuxième est veuve et hystérique à un haut degré. Je l'ai vue parfois dans un état d'exaltation voisin de l'aliénation. La sœur aînée présente un genre d'affection nerveuse dont je vais esquisser les principaux traits.

Madame N. approche de quarante ans; elle est bien réglée, et a un fils âgé de vingt ans. Elle est très sensible, a eu des chagrins profonds, des revers de fortune, qu'elle a supportés avec une apparente tranquillité. Elle a ressenti dans le ventre et dans les lombes des douleurs qui avaient fait soupçonner une lésion de l'utérus. Le toucher et le spéculum ne firent découvrir qu'un léger engorgement du col et quelques érosions qui exigèrent deux applications de nitrate d'argent. Une douleur rhumatismale névralgique se propagea de l'épaule droite au bras et jusque sous la mamelle du même côté. Enfin un autre état assez singulier succéda à ces divers maux: des vertiges, une sorte d'éblouissement, de malaise de la tête, accompagnés d'excitation gastrique, de soulèvements de l'estomac allant jusqu'à produire des vomissements; en un mot des phénomènes analogues à ceux

qui constituent le mal de mer, avaient lieu pendant le jour. Ils cessaient quand madame N. se mettait au lit; ils formaient comme une série d'accès, qui tantôt perdaient de leur intensité, tantôt redoublaient de violence. Ils furent l'objet de l'attention et des soins de M. R. P., membre de l'Académie. Madame N. résidait alors à Paris. Depuis, je suis devenu son médecin ; j'ai étudié cette affection, qui s'est améliorée sous l'influence de la valériane et de la digitale. Elle consiste maintenant en une sensation pénible de la tête qui s'étend le long du rachis et rend la marche de temps en temps un peu incertaine, un bruit habituel dans les oreilles et des battements qui se font sentir jusqu'à la plante des pieds. L'estomac est mieux, les douleurs abdominales ont entièrement cessé, et la faiblesse, qui était très grande, a diminué.

Il est impossible de méconnaître le caractère nerveux de cette affection, contre laquelle les émissions sanguines n'ont eu aucune action. Peut-être l'utérus était-il le point de départ de l'irritation, mais l'encéphale en avait bien certainement supporté tout l'effort. En rapprochant cette affection de l'hystérie de la sœur, des états nerveux des frères et des autres parents, de la névropathie de la mère, il est impossible de ne pas voir dans toute cette famille une surexcitation nerveuse héréditaire.

Huitième Observation. On me confia, il y a quatre ans, la santé d'une demoiselle d'un département voisin, que l'on mettait en pension à..... Cette jeune personne, âgée de douze ans, d'une physionomie intéressante, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était d'une fâcheuse impressionnabilité. Son imagination extrêmement active se remplissait sans cesse de fantômes. A dix-huit mois, elle eut des vomissements qui la fatiguèrent beaucoup. Depuis cette époque, on ne peut parler de vomitif en sa présence sans la faire frémir. Lorsque je fus consulté pour la première fois, une excitation assez forte existait du côté des organes génitaux. On m'assura qu'aucune cause mécanique, aucune provocation extérieure n'avait agi. L'examen que je fis

ne laissa distinguer rien d'anormal. Je pensai que le travail précoce de la menstruation, le développement apporté dans les parties sexuelles par l'approche de la puberté, y déterminaient des sensations que rendait plus fortes la vive excitabilité constitutionnelle de cette jeune personne. En effet, les bains réitérés, un régime tempérant, la distraction, atténuèrent assez promptement les symptômes qui s'étaient montrés; mais le système nerveux n'en conserva pas moins sa disposition hypersthénique: aussi la menstruation ne s'est-elle établie qu'avec difficulté, et le concours des ferrugineux a-t-il été longtemps nécessaire. Avec des moyens intellectuels très actifs, mademoiselle L. n'a pas fait beaucoup de progrès, parce que tantôt des inquiétudes sur sa santé, tantôt des idées de succès et de réputation littéraire s'emparaient de son imagination, et la détournaient des études positives et sérieuses auxquelles son moral ne se pliait qu'avec peine.

J'ai été consulté par la mère et par un oncle de cette demoiselle.

Madame L. possède un embonpoint et une fraîcheur qui, à la première vue, excluent toute idée de maladie et même de constitution nerveuse. Néanmoins cette dame est obsédée par les idées les plus tristes. Elle juge chimériques les craintes qui l'agitent, mais elle ne peut en triompher d'une manière durable. Les distractions ordinaires ne la détournent point de ses pensées sinistres. Elle a besoin de captiver fortement son attention, de l'enchaîner par des études graves. Elle s'enferme pendant plusieurs heures chaque jour pour s'occuper de mathématiques et faire absorber toutes ses facultés intellectuelles par la solution des problèmes les plus difficiles. Pleine de raison, elle sait qu'en cherchant ses distractions dans le monde, avec son extrême sensibilité, elle pourrait, à tort ou à raison, faire naître des soupçons sur sa conduite. Elle veut éviter jusqu'aux présomptions les plus légères. Madame L. a eu dans son enfance plusieurs attaques convulsives, qui m'ont paru, par les symptômes indi-

qués, se rapprocher beaucoup de l'épilepsie. Elle a eu des fièvres intermittentes d'une ténacité désespérante qui ont exigé des doses très fortes de sulfate de quinine. Depuis quelque temps, et c'est surtout pour ce motif qu'elle me consultait, elle éprouve dans la tête un état insolite, une sensation singulière, indéfinissable. Son moral, dans ces moments, se remplit de chimères. Elle se voit entourée de tombeaux et de spectres. Elle se croit en présence de la mort, prête à la saisir. Ouvre-t-on une porte, son effroi redouble, elle tremble de tous ses membres. Eh bien! avec cette frayeur extrême de la mort, dans ces instants d'exaltation, elle la désire, elle l'appelle, elle se sent absolument indifférente pour sa mère, sa fille, son fils. Une grande distraction, une vive peine, une forte contrariété, suspendent ces sensations pénibles, que ramènent presque toujours les approches de la menstruation, laquelle est cependant facile et régulière.

J'ai été consulté par un frère de cette dame. Il est également très nerveux, mais l'excitation s'est concentrée vers l'épigastre. Il a parfois des crampes violentes d'estomac; cet organe est d'une sensibilité extrême. La plus légère pression est douloureuse; néanmoins les aliments ne provoquent de douleur que lorsqu'ils sont pris avec excès. C'est une heure après le repas que les crampes arrivent; des borborygmes, des éructations fréquentes ont lieu et soulagent. Des corps chauds appliqués sur l'épigastre font du bien. Les crampes disparaissent en voyage, à la chasse, aux eaux, bien que M.... en boive à peine quelques verrées aux bains de mer, c'est-à-dire, dès qu'il suspend la vie régulière et monotone de sa maison, dès qu'il ouvre des voies nouvelles à l'excitation, presque toujours concentrée vers l'épigastre.

Les phénomènes nerveux observés chez madame L., chez son frère et chez sa demoiselle, ont une origine héréditaire. Sa mère, qui est encore vivante, a toujours été d'une susceptibilité presque maladive. Elle a surtout une frayeur extraordinaire de la mort. La vue d'une personne en deuil la fait pâlir; si, quand elle sort

de chez elle, la cloche d'une église sonne pour un enterrement, elle rentre de suite et va s'enfermer. Sa propre mère, d'origine créole, était elle-même très impressionnable.

Voilà quatre générations dans lesquelles la surexcitation nerveuse a suivi la ligne féminime.

Neuvième observation. Dans une famille, plusieurs enfants de dix à trois ans m'ont offert les indices précoces d'une disposition nerveuse très prononcée. La fille aînée est d'une sensibilité portée au dernier degré. Un simple reproche, de la part de sa mère, non seulement la plonge dans le désespoir, mais provoque des contractions violentes de divers muscles, surtout de ceux qui rapprochent les mâchoires. Il se manifeste un trismus momentané. Les voies digestives sont souvent irritées; il faut toujours user du régime le plus doux. Certains mouvements, certaines attitudes ont fait soupçonner qu'il existait quelque titillation du côté des organes génitaux. J'ai recommandé une grande surveillance sous ce rapport. Une coqueluche, survenue l'an dernier, s'accompagna de beaucoup de spasmes, d'agitation même convulsive, de dyspnée, et ne céda qu'à la longue. Un frère est également très nerveux, disposé aux irritations gastro-intestinales. Il est grand pour son âge, maigre, très agile et fort intelligent. Une deuxième fille a une constitution tout-à-fait analogue. Une troisième est plus fortement organisée, mais presque aussi nerveuse et sujette à une dyspnée qui l'oblige à faire très fréquemment des inspirations profondes.

La mère de ces jeunes enfants est d'un tempérament lymphatico-nerveux, très sensible, d'un moral distingué. Le père, qui a fondé, jeune encore, et qui dirige avec habileté un grand établissement industriel, est très impressionnable, réagissant avec promptitude et énergie. Son tempérament est sanguin et nerveux; il a une grande activité morale et physique; sa mobilité musculaire le fait hésiter en parlant, et quelquefois bégayer. Il est grand amateur de musique; tout ce qu'il entreprend, c'est avec chaleur, avec passion qu'il s'en occupe. Avant de se ma-

veloppent dans les organes qu'elles affectent aucune altération matérielle capable d'expliquer les phénomènes qui les accompagnent.

Les névroses, comme j'ai eu déjà l'occasion de le dire, sont fréquemment liées à des maladies organiques; mais souvent aussi elles existent indépendamment de toute coïncidence, de toute cause de ce genre, ou de toute altération humorale appréciable. C'est précisément alors que leur nature essentiellement et purement nerveuse devient évidente.

Névropathie.

Le mot névropathie n'a pas reçu de signification très précise. Il est presque synonyme d'affection nerveuse, hystérie, vapeurs, etc. Il serait bien cependant de lui donner un sens plus rigoureux. Il me semble pouvoir désigner l'exaltation pathologique de la sensibilité, s'appliquer aux sensations douloureuses qui, chez les personnes nerveuses, forment l'attribut principal de leur état morbide. Ce mot voudra donc dire, à proprement parler, souffrance nerveuse. On ne confondra point l'état qu'il qualifie avec l'hyperesthésie, qui n'en est qu'un premier degré, qu'une faible nuance, et qui consiste en une simple augmentation de la sensibilité; ni avec la névralgie, qui en est le degré le plus élevé, qui est constitué par une douleur vive, inhérente à un nerf, ou à une branche de nerf, en suivant les divisions et ne les dépassant pas.

La névropathie fait accuser des sensations que l'état physique local ne justifie pas. Elle se rapprocherait, sous ce rapport, des hallucinations; mais, pour ces dernières, l'erreur est dans le moral; le malade a une conviction fausse, il est le jouet d'une illusion. Dans la névropathie, la sensation existe, et la personne qui l'éprouve sait très bien qu'aucun agent mécanique extérieur ne la produit; par exemple, elle sent comme un corps piquant qui lui déchire telle ou telle partie, mais elle ne croit pas à l'existence de ce corps.

L'hypochondriaque est sujet à éprouver des douleurs vives, nerveuses, des sensations bizarres; mais il en fait l'objet de ses plaintes continuelles, il en exagère l'intensité; son moral s'altère; l'idée fixe de ses maux exclut toute autre pensée; une véritable monomanie a lieu. Ces phénomènes ne sont pas ceux de la névropathie.

L'hystérie ne peut pas davantage être confondue avec ce genre d'affection, à cause des accès convulsifs plus ou moins violents qui forment l'un de ses caractères, et que l'on n'observe pas dans la névropathie.

Ce mode déterminé, spécifié, de la surexcitation nerveuse mérite donc d'être distingué et isolément étudié.

Ses causes sont celles qui excitent le système nerveux, et que je n'ai pas besoin de rappeler. Je ferai seulement remarquer combien sont puissantes et communes, dans ce cas, celles qui dérivent de l'excitation génitale; l'onanisme, les pollutions nocturnes, l'aménorrhée, l'avortement, l'accouchement laborieux, le prolapsus utérin, etc., produisent souvent des phénomènes nerveux sympathiques qui peuvent se rattacher à la névropathie.

Les souffrances nerveuses sont plus ou moins étendues, varient quant à la localité qu'elles embrassent, et peuvent se déplacer. Elles occupent fréquemment la tête, constituant la céphalalgie, l'hémicrânie; je les ai vues plusieurs fois se répandre sur un des côtés du thorax, et s'emparer des parois abdominales; elles pénètrent aussi dans les cavités splanchniques, produisent, selon leur siége, la cardialgie, l'hépatalgie, la néphralgie, l'hystéralgie, etc. Elles sont avec ou sans fièvre; mais si ce dernier symptôme a lieu, il est irrégulier, erratique, comme disent les pathologistes. Quelquefois le mouvement sympathique, dont le cœur supporte le principal effort, s'exprime par des palpitations plus ou moins fortes. Enfin, on reconnaît, dans la constitution du sujet, dans la marche de la maladie et dans les divers symptômes qui ont précédé, la nature essentiellement nerveuse de l'affection.

Ces névroses peuvent être continues, avec des rémittences, ou intermittentes et revenir par accès à des époques indéterminées.

La douleur ordinaire n'est pas le seul genre de souffrance auquel la névropathie donne lieu; elle s'accompagne de sensations variées de chaleur ou de froid, de pression ou de distension, de picotement, d'agacement, d'engourdissement, de prurit, etc.: aussi peut-elle simuler une foule d'autres maladies. Le docteur *Marshall-Hall* a signalé ces fausses apparences, et a appelé *mimoses* les affections qui se couvrent ainsi d'un masque trompeur (1).

La névropathie doit être mise au nombre des affections héréditaires; la migraine, qui est l'une des lésions nerveuses les plus communes, en donne des exemples extrêmement fréquents. Je vais essayer d'en fournir d'autres preuves, en rapportant divers faits qui montreront les rapports généalogiques de la névropathie avec les autres modes ou produits de la surexcitation nerveuse.

Première observation. M. D... a près de quarante ans; sa taille est moyenne, son teint brun, mais animé; ses pommettes sont colorées, ses cheveux noirs; il est actif, fait le commerce des spiritueux, et cette profession l'oblige à de fréquentes dégustations. Enclin aux plaisirs de l'amour, il a plusieurs fois contracté des écoulements blennorrhagiques contre lesquels des traitements variés ont été dirigés avec plus ou moins de succès. Il me consulta, il y a sept ou huit ans, pour des espèces de terreurs, avec dyspnée et palpitations de cœur qu'il éprouvait la nuit dès qu'on éteignait les lumières. L'examen attentif des organes thoraciques ne fit rien découvrir. Les bains et quelques sédatifs ramenèrent le calme.

Il y a près de deux ans, qu'un incendie compromit fortement les intérêts de M. D.; l'état nerveux s'exaspéra de nouveau, mais

(1) *Edinb. med. and surg. Journal*, t. XVI, pag. 126.

sous une autre forme. Une fièvre intermittente revint par accès tantôt réguliers, tantôt irréguliers, et une douleur très vive à peu près continue se fit sentir à l'anus, où se trouvaient quelques tumeurs hémorrhoïdales anciennes. On employa, pour combattre la fièvre, les préparations de quinquina et surtout le sulfate de quinine avec une persévérance opiniâtre. On crut que quelque fissure, ou quelque rhagade occasionnait la douleur anale; on fit des cautérisations, des incisions, on appliqua des topiques variés. Rien ne put détruire ni même atténuer, soit cette douleur, soit la fièvre. Je fus appelé. L'état des hémorrhoïdes ne me parut pas rendre raison de la souffrance endurée. J'attribuai à une hypersthénie nerveuse les phénomènes observés. En conséquence, je conseillai l'emploi des bains de très longue durée et presque frais, et l'usage de l'acide cyanhydrique ou de ses divers composés. Il s'est opéré par suite de ce traitement une amélioration successive. La fièvre a disparu la première, la douleur anale a été plus longue à cesser.

Voici sur la famille de ce malade quelques renseignements. Sa mère est faible, nerveuse; je la vis dans un cas grave de fièvre ataxique. Le père, qui était robuste, mais très nerveux, est depuis longtemps paraplégique. Une sœur, à laquelle j'ai donné des soins, est d'une excessive sensibilité, a eu une gastrite chronique et a conservé une santé extrêmement délicate. Deux autres sœurs et un frère ne sont presque jamais malades, mais sont maigres et nerveux.

Cette famille, comme on le voit, appartient au domaine de la surexcitation nerveuse, laquelle s'est surtout prononcée chez le malade dont je viens de donner l'histoire abrégée. Ce narré suffit, je pense, pour justifier le titre sous lequel je l'insère. Il s'agit bien ici d'une douleur plus ou moins étendue, qui ne peut être rattachée à l'affection spéciale d'aucun nerf, qui est accompagnée de phénomènes nerveux généraux, qui s'est manifestée chez un individu antérieurement atteint de maladie analogue et doué d'un tempérament nerveux héréditaire.

Deuxième observation. M. Edward L., âgé de cinquante ans, veuf, est d'un tempérament sanguin et nerveux. Son caractère est gai, doux, affectueux. Sa profession l'oblige à déguster souvent des vins fins. Il a une extrême susceptibilité des entrailles. Le plus petit écart de régime est puni de plusieurs jours de souffrances. Ces souffrances s'étendent à toute la cavité abdominale, dont les parois ne sont ni tendues, ni sensibles à la pression. La douleur parvient souvent sur le côté droit du thorax. Parfois alors la fièvre se manifeste, elle est irrégulière, a lieu par les causes les plus légères, telles qu'un simple changement de température ou une fatigue quelconque. Avant que je fusse le médecin de M. L., un docteur anglais le traitait, et considérant sa constitution comme faible, l'accablait de stimulants. Il en était résulté un affaiblissement de plus en plus grand, maigreur et détérioration générale. Un voyage en Suisse eut alors le double avantage de faire suspendre tout traitement contraire et de procurer une hygiène utile. Depuis neuf ans que je dirige la santé de M. L., c'est à l'aide du repos, des adoucissants, des bains, d'un régime sévère que je combats la névropathie abdominale et thoracique, quand elle augmente. Depuis longtemps, elle n'a pas reparu. Je n'ai reconnu dans cet état ni faiblesse à combattre, ni inflammation à détruire; je n'ai constaté qu'un effet de la surexcitation nerveuse. Cette disposition est héréditaire; la mère, une sœur et un frère ont été atteints de folie. Un frère est hypochondriaque.

Troisième observation. Mademoiselle C., âgée de quarante-deux ans, grande, maigre, brune, très impressionnable, fort active, assez irascible, est depuis plusieurs années souffrante. Elle a eu d'abord une douleur avec chaleur, s'étendant du pharynx à l'estomac, et augmentant par l'ingestion des aliments. De temps en temps elle éprouvait un mouvement convulsif de la paupière inférieure, une sorte de tic non douloureux, qui dura deux mois. Il y a environ trois ans que, par suite des inquiétudes que lui causait l'état de son père, les menstrues dimi-

nuèrent et une leucorrhée se déclara. Divers symptômes nerveux apparurent, de l'oppression, des palpitations de cœur, un sentiment de froid avec légère moiteur sur tout le corps. Ce sentiment se prononça davantage sur le cercle supérieur, et enfin se limita principalement à la peau du crâne, de la face et du cou; il s'y accompagna d'une douleur, d'une espèce d'engourdissement pénible, et surtout d'une susceptibilité telle que la moindre impression de froid ou d'humidité était insupportable, et réclamait les précautions les plus minutieuses, les assujettissements les plus importuns. Beaucoup de moyens furent employés sans succès. Mademoiselle C. alla, en 1841, prendre les bains de Saint-Sauveur. Elle est venue me consulter il y a quelques mois; je lui ai conseillé d'abord d'affronter courageusement les vicissitudes atmosphériques (nous étions en été), de faire, en présence d'un grand feu vif et clair, de larges et rudes frictions sur toute l'habitude du corps, avec des flanelles imprégnées de vapeurs balsamiques, d'observer un régime adoucissant, et de faire de temps en temps quelques applications de sangsues à l'anus.

Le père de mademoiselle C. est fort et sanguin; il fut pris, il y a quelques années, de pertes de connaissance subites et sans cause connue, avec pâleur de la face et mouvement bruyant de déglutition exercé pour ainsi dire à vide. Plus tard, ces attaques ont entièrement pris le caractère de l'épilepsie. Une sœur de mademoiselle C. est également maladive, sujette à des irritations nerveuses de l'estomac; deux frères sont robustes, mais ont de fréquentes migraines.

Quatrième observation. M. R., âgé de près de soixante ans, agent de change, d'un tempérament sanguin et nerveux, hémorrhoïdaire, à impressions vives et réaction prompte, plein d'esprit, ayant beaucoup de goût pour la poésie, s'exprimant d'une manière toujours gracieuse, éprouve depuis longtemps et par accès une douleur superficielle de la tête, plus vive tantôt à une tempe, tantôt à l'autre, avec une sorte d'engourdissement,

une sueur subite, générale et momentanée, et souvent des évacuations alvines abondantes. Avec ces douleurs en alternent parfois d'autres moins intenses, mais plus continues, parcourant le front et les tempes, pareilles à celles que produiraient des insectes, se promenant et rongeant sous les téguments.

En butte à des chagrins amers, M. R. a senti cet état nerveux augmenter, lui procurer une impressionnabilité désagréable, une espèce de palpitation intérieure et générale. Le moral a conservé toute sa lucidité; mais l'expression de la pensée n'est plus aussi facile, bien que le malade soit seul à s'en apercevoir. Les impressions morales ou physiques rendent cette excitabilité plus vive; il en résulte un mouvement fébrile que le repos calme promptement.

D'après les renseignements que j'ai pris, le père de M. R. était brun, fort, très sanguin, impressionnable. En 93, il fut menacé d'être dénoncé au tribunal révolutionnaire. Il éprouva une telle crainte qu'il tomba malade et mourut en peu de jours.

J'ai connu et soigné longtemps dans sa vieillesse la mère de M. R. Elle avait encore beaucoup d'énergie; c'était une de ces femmes dont j'ai parlé à l'occasion des tempéraments, chez lesquels les impressions sont profondes et durables. Devenue veuve assez jeune, elle ne quitta jamais le deuil, ne sortit plus de chez elle. Elle avait un grand besoin de mouvement physique, que sollicitait une nature puissante. Elle n'agissait point par saccades, mais d'une manière persévérante. Seule à la tête de sa famille et d'une fortune assez considérable, elle sut tout diriger avec habileté. Bonne et charitable, d'une piété profonde, elle était pour ses coreligionnaires (Israélites) l'objet d'une juste vénération. Les maladies, chez madame veuve R., ont porté l'empreinte de la constitution. Une variole, à quinze ans, laisse aux jambes des ulcérations qui, malgré tous les soins, mettent trois ans à se cicatriser. Dans trois grossesses, il y a une fièvre constante, des syncopes. A quarante-deux ans, il survient une ophthalmie qu'un vésicatoire exaspère; l'irritation arrive au point d'occasionner un

spasme prolongé du pharynx. A quarante-huit ans, une affection rhumatismale commence : j'ai été le témoin assidu de la résistance opiniâtre que cette maladie a opposée à tous les moyens de l'art.

La constitution profondément nerveuse de madame veuve R. s'est reproduite dans son fils, mais avec une modification remarquable, c'est-à-dire avec une mobilité plus grande dans le moral, plus de vivacité, plus de promptitude dans les impressions et les réactions. La physionomie diffère moins que le caractère, observation qui confirme celle de M. Dubois d'Amiens, que les avantages de l'organisation physique sont fréquemment transmis par la filiation et d'une manière plus évidente que les dispositions morales (1).

Cinquième observation. M. de C. est né avec une constitution frêle. Sa croissance a été rapide; il est devenu grand, mais il est resté maigre. Il est brun et très impressionnable. Magistrat intègre, esclave de ses devoirs, très pieux, il est de mœurs fort douces.

Dans sa première enfance, il eut des fièvres intermittentes, qui plus tard se reproduisirent. Retardé dans ses études par un état valétudinaire presque habituel, il s'y livra ensuite avec ardeur. Il diminua les inconvénients d'une application trop soutenue par les exercices gymnastiques et surtout l'escrime, qu'il aimait passionnément.

L'appareil génital n'était pas demeuré muet. Malgré les excellents principes qu'il avait adoptés de bonne heure, M. de C. s'était parfois livré à quelques plaisirs solitaires; en outre il avait d'abondantes pollutions nocturnes.

Vers l'âge de vingt-six ans, il survint de violentes douleurs lombaires, qui furent considérées comme néphrétiques; plus tard elles s'étendirent du côté de la vessie. Il y avait une chaleur vive le long du rachis. Il se déclara en même temps de la sensi-

(1) *Recherches sur l'hypochondrie.* Paris, 1837, pag. 61.

bilité dans les doigts, les orteils, le coude-pied. Avec ces symptômes coïncidèrent une moindre disposition aux travaux de l'esprit, la perte de l'appétit, des tiraillements d'estomac, des flatuosités, une légère teinte ictérique, de la sécheresse dans les cavités nasales, une excitabilité générale du système nerveux. Il y avait souvent des palpitations de cœur; le pouls était petit, concentré, plus ou moins accéléré. Les nuits étaient ordinairement fatigantes, et un sommeil léger et court n'arrivait qu'au moment où il fallait quitter le lit.

Lorsque M. de C. m'eut donné les détails dont je retrace le sommaire, j'admis en lui l'existence d'une névropathie liée peut-être à une disposition à la fois arthritique et calculeuse. Indépendamment d'un régime approprié, de l'exercice, etc., je conseillai l'usage d'une solution alcaline. Les symptômes se dissipèrent pour ne plus reparaître. La santé de M. de C. se fortifia notablement.

Les renseignements relatifs aux influences héréditaires sont ici assez remarquables. Le père, homme d'une naissance distinguée, allait souvent à Paris et à la cour, avant la première révolution. Il avait vu Marie-Antoinette dans tout son éclat, et en était devenu amoureux. Il y avait plus de dix ans que cette malheureuse princesse avait laissé la vie sur l'échafaud, que M. de C. père passait encore chaque jour sous les fenêtres des Tuileries pour tâcher de l'apercevoir. L'idée de sa mort n'avait pu entrer dans cette faible tête. C'était un monomane d'ailleurs fort tranquille: aussi n'éveilla-t-il pas l'ombrageuse susceptibilité des républicains, bien qu'il conservât son costume et ses manières de gentilhomme.

La mère, que j'ai connue, était fort singulière. Ses vêtements, ses habitudes, ses idées avaient quelque chose d'extraordinaire.

M. de C. devait donc doublement hériter d'une disposition vicieuse du système nerveux. Il en a bien ressenti les effets; mais ceux-ci ont été purement physiques et atténués encore par une conduite régulière.

Sixième observation. M. B., âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, de taille moyenne, ayant les cheveux blonds, la face pâle, la peau blanche, le naturel doux et le caractère gai, est issu d'un père mort à cinquante-cinq ans d'un squirrhe de l'estomac, et d'une mère sujette à des maladies nerveuses dont je n'ai pu connaître le genre. Il se livra de bonne heure à l'onanisme, puis au plaisir vénérien; il avait en outre des pollutions nocturnes. Pendant son adolescence, il eut souvent des douleurs vagues dans les membres, sans tuméfaction et sans fièvre. Plus tard survint une affection catarrhale avec toux et diarrhée. Le système nerveux commença vers cette époque à s'affecter. L'amour de l'étude, qui avait été assez vif, diminua; la mémoire s'affaiblit, la vue devint moins nette, les membres furent moins solides. Il y avait habituellement une céphalalgie intense, et souvent de l'insomnie. Il survint des palpitations de cœur, de la dyspnée. Le symptôme névropathique principal fut une constriction douloureuse du thorax analogue à celle qui caractérise l'angine de poitrine. Il y avait parfois de courts accès de fièvre, après lesquels les urines étaient sédimenteuses. Les digestions étaient souvent pénibles, il n'y avait jamais de pyrosis; la constipation était habituelle.

Les moyens mis en usage pour combattre cette névropathie ont été le lait d'ânesse, les eaux de Bade, qui firent quelque bien, celles d'Yverdun, de Schintzanach, qui furent plutôt nuisibles qu'utiles, les bains de mer, qui provoquèrent en 1838 une sorte de fièvre inflammatoire, laquelle nécessita l'emploi d'une saignée. Des lotions, faites avec de l'eau fraîche, chaque jour, matin et soir, sur la tête, la poitrine, l'abdomen et les organes génitaux, ont été utiles. J'ai conseillé cette année à M. B. de reprendre les bains de mer et d'aller faire un voyage dans les Pyrénées sans prendre d'eau minérale. A son retour, il s'est trouvé mieux qu'il ne l'avait été depuis plusieurs années; il compte suivre, l'été prochain, le même itinéraire.

Il est facile de reconnaître chez ce malade qu'une disposition

nerveuse originelle avait été exaspérée par l'excitation abusive et précoce des organes génitaux, avec la surexcitation imprimée au système nerveux. Il y avait une débilité générale : aussi fallait-il fortifier sans exciter, et calmer sans affaiblir.

Septième observation. Madame B., d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une grande sensibilité, d'un physique agréable, s'était bien portée jusqu'à sa première grossesse. Alors survint une fièvre nerveuse, irrégulière, qui se dissipa spontanément avec la parturition. Après celle-ci se manifestèrent des maux de tête, des palpitations de cœur, des spasmes nerveux et une leucorrhée assez abondante. Un deuxième accouchement fut suivi des mêmes symptômes, en outre de dyspnée et d'une très légère expectoration sanguinolente. Une troisième et une quatrième grossesse réveillèrent les mêmes phénomènes, qu'un commencement d'allaitement modéra, pour peu de temps, il est vrai; car les enfants moururent fort jeunes.

Alors s'établit un état de souffrance consistant en un sentiment d'ardeur dans les entrailles, avec constipation, flatuosités pendant les digestions, goût aigre dans le pharynx, amaigrissement, faiblesse, froid habituel des extrémités, etc.

Tous les vingt, trente ou quarante jours, plus ou moins, avant ou après la menstruation, le froid extérieur et la chaleur intérieure augmentaient, le pouls devenait fréquent; il y avait de l'inquiétude, des pleurs, des plaintes causées par une sensation très douloureuse à l'épigastre, à l'ombilic, à l'hypogastre, augmentant beaucoup par l'ingestion du plus léger aliment. Alors le moral s'exaltait, devenait très irascible. Les souffrances dissipées, la raison reprenait son empire.

Plus tard il se manifesta de la dyspnée, des palpitations de cœur et divers autres symptômes qui dénotaient une grande mobilité, une irritabilité vive du système nerveux.

On ne reconnut aucun signe de lésion organique, soit du cœur, soit des poumons. L'utérus fut exploré, il y avait une

grande sensibilité, un léger engorgement du col, mais rien d'anormal.

Je pense cependant que chez cette malade, dont j'ai longtemps dirigé le traitement, l'utérus était le point de départ des symptômes. Ce fut à l'occasion de chaque grossesse qu'ils se développèrent. Une circonstance doublement importante ici vient à l'appui de cette idée. La mère de madame B. était morte d'un cancer utérin. Pour compléter cette histoire sous le rapport des influences héréditaires, j'ajouterai que les enfants, qui moururent jeunes, eurent de violentes convulsions, qu'une fille périt à douze ans d'une affection cérébrale, enfin qu'une autre fille, qui vit, eut à trois mois un asthme aigu de Millar porté à un très haut degré.

Huitième observation. Madame I., âgée de quarante-cinq ans, maigre, active, fut assez malade des suites d'une couche qui date de vingt ans. Pendant six mois, elle garda la chambre et conserva une leucorrhée abondante. Le médecin qui la soignait s'assura que l'utérus était sain. Il y a quatre ans, une bronchite avec quelques crachats sanguinolents eut lieu. Les adoucissants suffirent pour la dissiper. Une forte démangeaison se fit sentir, il y a deux ans, le long du rachis. Il s'y développa quelques petites vésicules suivies de desquamation. En même temps, il y avait de la pesanteur à l'épigastre, des borborygmes, des flatuosités. Enfin, il y a quinze mois, après des battements de cœur assez forts, occasionnés par une émotion vive de l'âme, il se déclara une douleur dans l'épaule droite, s'étendant jusqu'au mamelon du même côté; c'était, au dire de la malade, comme un fer rouge qui traversait ces parties. Cette douleur était à peu près permanente; elle s'étendait au bras. Aucune tumeur n'existait dans l'étendue qu'elle embrassait. Des frictions rudes la calmaient pour quelques instants. L'impression du froid, même celle de l'air frais, l'exaspérait beaucoup. La chaleur était également nuisible.

Des vésicatoires, des liniments, des bains variés, des opiacés

avaient été employés sans succès. J'ai conseillé les cyanures, qui ont été utiles.

La fille de madame I., âgée de vingt-cinq ans, mariée, mère depuis trois ans, est également atteinte de maux nerveux. Ce sont des oppressions, des palpitations de cœur, un état habituel de dyspepsie, un amaigrissement notable. L'examen des organes thoraciques n'y a fait découvrir aucune lésion grave. Le toucher a rencontré le col utérin sensible, un peu tuméfié. La menstruation est en général difficile, quelquefois retardée, presque toujours suivie de leucorrhée. Des bains tempérés prolongés, fréquents, un régime sévère, l'acide hydrocyanique, ont considérablement amélioré l'état de cette jeune femme, qui, bien évidemment, a reçu de sa mère une grande irritabilité nerveuse et une tendance manifeste à l'irritation utérine.

Il me serait facile de multiplier les observations de névropathie. C'est l'un des modes les plus communs sous lesquels se manifeste la surexcitation nerveuse. Les faits qui précèdent indiquent les variétés principales qu'elle affecte; ce sont des souffrances de la tête, du cou, des épaules, du thorax, de l'épigastre, des lombes, de l'anus, etc., avec sentiment de chaleur ou de froid, d'engourdissement, de constriction, etc., accompagnés de palpitations de cœur, de mouvements fébriles, de susceptibilité nerveuse générale, d'oppression, de faiblesse, d'insomnie, etc.

L'influence héréditaire s'est présentée ici d'une manière incontestable. On a vu l'identité du tempérament, l'analogie des affections lui servir de preuves. Elle s'est montrée aussi sous différentes formes. Des parents atteints de vésanies, d'épilepsie, ont pu imprimer à la constitution de leurs enfants une fâcheuse propension aux maladies nerveuses en général. La névropathie en a été la conséquence.

Névralgies.

La névralgie résulte de l'irritation plus ou moins vive d'un nerf.

Cette affection est plutôt locale que constitutionnelle. Elle est, bien moins que la névropathie, un résultat de la surexcitation nerveuse générale. C'est pour ce motif qu'elle est rarement héréditaire. On n'a, en effet, constaté qu'un très petit nombre de fois sa transmission dans les familles. J. Frank, qui a résumé avec érudition les travaux de ses prédécesseurs, ne mentionne même pas, à l'occasion de la névralgie faciale, la possibilité de cette transmission (1). Siebold, qui a eu le soin de s'en enquérir, n'a constaté que des résultats négatifs (2). Cependant Elsaesser a vu le père, son fils et deux filles atteints de névralgie (3). M. Reverdit parle de deux frères et du père dans un cas, du fils et de la mère dans un autre, qui en étaient affectés (4). M. Valleix, dans son traité récent sur ce genre de maladies, ne mentionne que fort peu de faits d'hérédité (5).

Dans les observations de névralgie que j'ai recueillies, je n'ai jamais constaté cette influence. J'ai cependant observé des névralgies faciales chez des pères de famille, et je n'ai pas perdu de vue leurs enfants. J'ai vu la névralgie fémoro-poplitée non seulement sur des hommes forts, exposés aux travaux pénibles, aux vicissitudes atmosphériques, mais encore chez des personnes délicates et nerveuses; elle est demeurée locale et individuelle. On peut donc ne considérer les cas d'hérédité que comme accidentels et non comme constituant un des caractères de la névralgie.

État ataxique aigu.

Sous cette dénomination, dont on a longtemps abusé et dont aujourd'hui on n'use peut-être pas assez, je désire clas-

(1) *Praxeos*, t. IV.

(2) Doloris faciei morbi rasioris atque atrocis observationibus illustrati. — Adumbratio. Diatribe I, 1795. Diatribe II, 1797.

(3) Je n'ai pu vérifier ce fait indiqué par M. Chapinière dans sa thèse sur les *Névralgies de la face*. Paris, 1832, pag. 20.

(4) *Dissert. sur la névralgie faciale ou prosopalgie*. Paris, 1817.

(5) *Traité des névralgies, ou affections doulour. des nerfs*. Paris, 1841, p. 139 et 572

ser des faits d'irritation de l'encéphale et des nerfs, qui ne dépendent ni d'une phlegmasie, ni d'une lésion appréciable de ces organes.

Les symptômes de cet état consistent en des exagérations, des aberrations de sensibilité, des douleurs plus ou moins vives, ayant leur siége principal dans la tête, une exaltation mentale, le délire, l'insomnie, l'agitation, les spasmes musculaires, les irrégularités dans la circulation du sang et dans la distribution de la chaleur, un défaut d'harmonie dans les divers actes de l'organisme, une tendance perfide vers une fâcheuse terminaison.

Ces phénomènes peuvent s'observer dans le cours d'une phlegmasie des poumons, de l'estomac, des intestins, etc. Ils ont lieu également sans le concours d'une lésion étrangère au système nerveux.

Ils constituent alors un état spécial qui peut n'être pas la méningite, la cérébrite, le ramollissement cérébral, etc., mais résulter d'une lésion vitale, être un produit immédiat et réel de la surexcitation nerveuse.

On trouve dans les auteurs des exemples de cet état ataxique pur. On s'étonne de ne rencontrer aucune altération sensible après les grands désordres de l'innervation qui ont amené la mort. Peut-être douterais-je du soin avec lequel les recherches cadavériques ont été faites, si je n'avais constaté par moi-même des résultats semblables. Voici trois exemples à joindre à ceux que la science possède.

Première observation. Magdeleine S., âgée de quatorze ans, d'un teint habituellement pâle, bien réglée, l'ayant été il y a huit jours, s'est plainte de douleurs de tête vagues et de chaleur. Le 16 mai 1841, elle éprouve du malaise, dit avoir de la fièvre, sent des maux d'estomac, déjeune peu, et le soir ne prend que quelques cuillérées de riz au lait; pendant la nuit il y a de la sueur. Le 17 au matin, la malade se sent faible, s'endort, puis se réveille avec du délire; on lui fait prendre un bain de pieds qui ne calme

pas la céphalalgie. Le soir, on applique des sinapismes aux pieds, on met des sangsues à l'anus, et dans la nuit des vésicatoires aux jambes.

Je vois la malade le 18 au matin; elle a sa connaissance, du moins répond assez juste, mais avec peine; elle souffre beaucoup de la tête. La langue est blanche, comme si le nitrate d'argent eût été promené sur toute sa surface. Il y a un peu d'oppression, une toux légère; le pouls est très fréquent. L'épigastre est sensible à la pression; il y a des selles copieuses, liquides et fétides. La malade est accablée; sa physionomie exprime la souffrance et une lésion profonde de la vitalité. Je prescris des vésicatoires aux cuisses, un large sinapisme sur l'abdomen, une mixture avec l'éther et le laudanum.

Je revois la malade dans la soirée; il est survenu quelques vomissements; la diarrhée a cessé, l'abdomen est souple, l'épigastre n'est plus douloureux, la langue est comme le matin. Les pupilles sont resserrées, la connaissance se conserve, mais il y a une prostration considérable. La respiration est accélérée, gênée, déjà on entend le râle trachéal; les battements du cœur sont très rapprochés, le pouls est faible.

Vers dix heures du soir, la connaissance se perd entièrement, et la mort arrive peu d'instants après.

Nécropsie. Roideur cadavérique, pâleur générale, lividités disséminées à la partie postérieure du tronc.

Les vaisseaux des méninges laissent écouler un peu de sang noir et fluide. La substance cérébrale est légèrement injectée; la toile choroïdienne l'est plus que dans l'état normal. Il n'y a dans le cerveau, le cervelet, le mésocéphale, le bulbe rachidien, aucune altération, ni ramollissement, ni induration, point de sérosité dans les ventricules. Les poumons sont sains, en devant ils sont même pâles; le long des grands vaisseaux qui les traversent, s'aperçoivent quelques lignes emphysémateuses; en arrière, ils sont engorgés de sang, mais sains. A droite, sur le lobe moyen, la plèvre semble très légèrement enflammée;

une fausse membrane fort mince unit ce lobe à ses voisins. La trachée et les bronches ont une teinte rosée et contiennent un mucus écumeux. Le cœur est sain à l'extérieur et à l'intérieur; les cavités droites renferment un sang fluide, au milieu duquel se voient des concrétions fibrineuses jaunâtres; rien dans le péricarde. Le foie est sain, un peu volumineux. L'estomac n'offre rien d'anormal, si ce n'est que sa surface interne a des rugosités, des plicatures fortement prononcées, dont la partie la plus saillante a une teinte rougeâtre. Le duodénum est dans l'état ordinaire, ainsi que les intestins grêles et gros. La rate, les reins, la vessie, l'utérus, sont bien. Les ovaires ont le double de leur volume naturel; le droit contient dans une vésicule distendue un petit amas de sang noirâtre et coagulé, de la grosseur d'un pois; le gauche renferme un fluide moins coloré, d'aspect séreux.

Certes, aucune des lésions que je viens de mentionner ne peut rendre raison de la violence de la maladie et de la rapidité de la mort. Pourrait-on rattacher cette affection aux fièvres insidieuses? mais elle a été vraiment foudroyante. Elle n'a pas même eu quelques instants d'intermittence; elle s'est manifestée dans une maison de campagne extrêmement salubre, loin de tout miasme marécageux. Je vois bien là une affection insidieuse, mais non une fièvre intermittente pernicieuse, à moins que la maladie tout entière ne soit considérée comme un premier accès devenu mortel.

Deuxième observation. Jean O., âgé de quarante-deux ans, matelassier, d'une constitution sèche, d'une haute stature, d'un tempérament nerveux et sanguin, usant habituellement de boissons alcooliques, s'expose, dans le mois de février 18/10, à l'ardeur des rayons solaires, par un temps sec; il éprouve une céphalalgie forte, suivie de coma, puis de délire; pendant trois jours ces symptômes apparaissent avec quelques intervalles d'une intermittence appréciable, puis ils deviennent continus. Le malade entre à l'hôpital le 24 février. Il a un délire loquace,

une grande agitation, veut sans cesse se lever; ses yeux sont hagards, ses pupilles resserrées. Lorsqu'on l'interpelle, ses réponses sont tantôt justes, tantôt incohérentes. Il ne se plaint d'aucune douleur. La langue est sèche, brune au centre, l'abdomen bien, le pouls petit, fréquent, la peau peu chaude, la face colorée. (Sulfate de quinine 1,00, acétate d'ammoniaque 4,00; sinapismes aux pieds; tis., etc.)

25. Même état, le délire persiste, convulsions partielles. (Six sangsues derrière chaque oreille; calomel 1,50; compresses réfrigérantes sur le crâne).

26. Délire, pas de selles, pouls peu fréquent, serré; du reste même état.

27. Moins de délire. On s'aperçoit que les pieds sont tuméfiés et violacés, par suite de la pression exercée par les liens appliqués au bas des jambes, pour retenir le malade dans son lit. On s'est empressé de les ôter; on constate qu'ils n'avaient pas été plus serrés qu'on n'a l'habitude de le faire.

28. Le pied droit est gonflé, livide; cette teinte s'étend à la jambe; le malade n'y sent aucune douleur. La température de ces parties est très basse. (Infusion de quinquina, deux verrées. Décoction de quinquina pour fomenter les extrémités inférieures; lait; bouillon.)

29. Mort le matin à huit heures.

Nécropsie. Sphacèle des membres inférieurs; aucune inflammation des méninges ni du cerveau; léger engorgement des vaisseaux cérébraux; il n'y a point de sérosité dans les ventricules. Le cervelet, le prolongement rachidien, sont à l'état normal. Les organes thoraciques n'offrent aucune altération. Le cœur est volumineux, mais sain; le ventricule droit contient du sang coagulé; de légères plaques rouges s'observent sur la muqueuse de l'estomac. Les intestins, le foie, la rate, les reins sont dans l'état physiologique.

La pression qui paraît avoir occasionné le sphacèle n'était pas forte, on s'en est assuré; elle n'a pas été prolongée. Il est donc

à présumer que la lésion vitale générale a eu plus de part encore que la cause locale à cette prompte mortification des membres inférieurs. On pouvait admettre d'abord une fièvre intermittente; mais le sulfate de quinine, donné à haute dose, n'a rien changé à la marche fatale de la maladie. C'était bien ici une altération de la vitalité, un état ataxique pur. Rien n'a été trouvé dans les centres nerveux qui ait pu expliquer les phénomènes observés. Le fait suivant, que j'ai tout récemment recueilli, conduit à la même conséquence.

Troisième observation. Jean E., âgé de quinze ans, Espagnol, décrotteur, d'une constitution faible, maigre, peau brune, cheveux noirs, se livrant à l'onanisme, se plaint déprouver depuis six jours des douleurs épigastriques, des nausées, de l'inappétence et un peu de fièvre. Le 5 novembre 1842, il est reçu à l'hôpital (salle de clinique). Pommettes colorées, pouls fréquent, petit; céphalalgie; langue rouge sur les bords et à la pointe, jaunâtre au centre; soif vive, inappétence, quelques vomissements de matières bilieuses, verdâtres, amères; douleur à l'épigastre, augmentée par la pression; le reste de l'abdomen est indolent; constipation; un peu de toux sèche. (Tisane d'orge; cataplasme sur l'abdomen, lavement, diète).

6. La douleur épigastrique persiste; soif ardente, vomissement, fièvre. (Deux ventouses scarifiées sur l'épigastre; tisane; diète.)

7, 8. Mieux. Le malade demande à manger. (Tisane; soupe; cataplasme émollient sur le ventre; lavem.)

9. Vertiges, céphalalgie intense, pouls fréquent, serré, pommettes colorées. (Deux ventouses scarifiées à la nuque, pédiluves sinapisés, tis.; lavem.; diète.)

10, 11. Moins de céphalalgie, pouls peu fréquent.

12. Assoupissement, face un peu colorée, pupilles resserrées, décubitus dorsal, pouls lent, mou, constipation, urines rendues involontairement. (Tisane avec crème de tartre soluble; vésicatoires aux jambes; dix sangsues derrière les oreilles.)

13. Assoupissement, stupeur, pouls petit et fréquent, pommettes rouges, yeux fermés, pupilles contractées, langue rouge sur les bords, abdomen sensible à la pression, constipation. (Quatre ventouses scarifiées sur l'abdomen; lavement avec huile de ricin; limonade.) Dans la soirée, le malade cherche à se couvrir la tête avec son drap de lit; pas d'évacuation.

14. Je trouve le malade blotti sous ses couvertures; les cuisses sont fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses; les mains serrent le pénis, on les retire, elles reprennent bientôt leur première attitude. Le malade fait entendre un petit sifflement continu, comme s'il était seul et joyeux. Ses yeux sont fermés; il ne fait aucune attention à ce qui se passe près de lui, ne répond point aux questions qu'on lui adresse. Les pupilles sont un peu dilatées, la face n'est point colorée, il n'y a point de chaleur à la peau, le pouls est à 72. La langue est humide, rouge sur les bords, blanche au centre; la déglutition est facile, le ventre n'est pas douloureux, il y a du hoquet, constipation. (Bain tiède avec affusion froide sur la tête.) Le soir, érection du pénis, rétraction des testicules.

15. Pouls calme, yeux fermés, sensations nulles, ventre indolent, hoquet, soubresauts des tendons; carphologie. Le bain est donné; le malade y reste vingt minutes sans syncope; du reste même état.

16. Pouls, 60 battements, petit; pupilles resserrées, immobiles, suspension de l'action des sens; immobilité complète, flaccidité des membres, face naturelle, apparence d'un sommeil normal; réveil impossible, parfois inspiration profonde, affaissement de plus en plus grand. Mort dans la nuit.

Nécropsie. Flaccidité des membres; maigreur; vaisseaux de la dure-mère un peu injectés. Par une disposition congéniale, la faux du cerveau manque dans une partie de son étendue, les hémisphères sont en contact immédiat. Point d'inflammation soit de l'arachnoïde, soit de la pie-mère; substance cérébrale très saine, ventricules contenant 25 grammes de sérosité. La

seule altération qu'une recherche minutieuse fasse constater, est un peu de mollesse du septum lucidum. Le cervelet et le bulbe rachidien sont à l'état normal. Le sommet de chaque poumon présente beaucoup de tubercules arrondis, durs, du volume de la tête d'une grosse épingle; aucun n'est ramolli. Le tissu pulmonaire est d'ailleurs sain; le cœur est dans l'état naturel. La membrane muqueuse de l'estomac offre un peu de ramollissement du côté du cardia sans rougeur. Les intestins, le foie et la rate n'offrent rien de particulier.

La légère altération subie par la cloison des ventricules, la petite quantité de sérosité contenue dans ces cavités, ne sauraient expliquer les désordres profonds de l'innervation qui chez ce jeune sujet ont amené la mort. L'onanisme paraît avoir eu une influence fatale sur le système nerveux. Ici, l'état ataxique ne peut être mis en doute, ni le mode purement dynamique ou vital de cet état contesté.

Dans le délire nerveux qui se manifeste par suite de lésions traumatiques, qui cède à l'opium, plutôt qu'aux émissions sanguines, on ne trouve aucun changement manifeste de l'encéphale (1).

Le delirium tremens ne produit point d'altération constante de cet organe (2).

L'encéphalopathie saturnine ne détermine aucune lésion notable des centres nerveux; on n'a tout au plus rencontré qu'un peu de mollesse cérébrale (3).

Les fièvres pernicieuses qui éteignent d'une manière si rapide la vie, après en avoir vivement concentré les forces sur tel ou tel point, ne laissent souvent aucune trace dans l'organisation.

(1) *Arch. de médec.*, t. XV, pag. 430. — *Biblioth. méd.*, 1826, t. II, pag. 233. — *Journ. hebdomad.*, 1830, t. VII, pag. 45. — *Annal. de la médec. physiologiq.*, t. XIV, pag. 132.

(2) Selon les observations de Barkhausen, Schmidt, Hœgh-Guldberg, etc., *Annales d'hygiène publique.* Paris, 1838, t. XX, pag. 31.

(3) *Journ. hebdomad.*, 1836, t. IV, 326, 392, etc.

La fièvre cérébrale observée par Vieusseux et Mathey à Genève, en 1805, n'apporta presque aucun changement dans les organes (1), ou seulement quelques vestiges d'inflammation (2).

Ainsi la surexcitation peut être élevée à un très haut degré, avoir épuisé les sources de la vie, sans que la texture organique en soit altérée dans une mesure proportionnelle.

Abercrombie parle d'une forme dangereuse de lésion cérébrale, qui ne laissait après elle qu'une injection de la pie-mère. Cette forme, il l'a observée chez des femmes nerveuses, irritables; elle s'annonçait par une sorte d'excitation maniaque, de loquacité, des mouvements rapides, de l'insomnie, des hallucinations, la petitesse, la fréquence du pouls. La saignée ne pouvait être supportée; les petites évacuations sanguines locales, les révulsifs étaient plus utiles (3). L'excitation nerveuse était évidemment ici la lésion primitive, essentielle. L'injection méningienne n'en était que la conséquence.

L'état ataxique donne lieu parfois à des symptômes analogues à ceux de l'hydrophobie et de la rage, maladies dans lesquelles les nécropsies n'ont généralement offert que des résultats négatifs. Il est aussi quelques exemples d'hydrophobie spontanée, laquelle n'était que le symptôme ou l'un des modes de l'état ataxique aigu (4). Le plus ordinairement la lésion était simplement vitale; quelquefois, il est vrai, on a constaté un certain ramollissement du cerveau ou du mésocéphale (5).

L'hydrocéphalie aiguë n'est pas toujours le produit d'une inflammation des méninges ou du cerveau. Des faits fournis par des observateurs exacts, plusieurs autres que j'ai recueillis,

(1) *Journal* de Corvisart, Leroux et Boyer, t. II, p. 170.

(2) *Ibidem*, pag. 246.

(3) *Des malad. de l'encéphale*, etc., traduit par Gendrin, pag. 84-90.

(4) Tribolet de la Lance, *De hydrophobia sinè morsu prævio.* Coll. de Baldinger, t. I, p. 236. — Laurière, *Journal* de Corvisart, t. XIII, p. 19. — Hildenbrand, *Ratio medendi*, pars 2, p. 92.

(5) Vautier, *Gazette méd.*, 1841, p. 28.

m'autorisent à regarder la collection séreuse des ventricules comme pouvant dépendre aussi d'une simple irritation sécrétoire. Or, cette irritation se lie étroitement avec celle du système nerveux, dont elle reçoit et suit l'impulsion : aussi voit-on, bien avant l'apparition des symptômes de l'épanchement séreux, les enfants devenir tristes, inquiets, irascibles; leurs sens sont excités, ils ont des nausées, ils languissent, ils ont un petit mouvement fébrile, en un mot ils éprouvent les effets de la surexcitation nerveuse. Ces préludes ou plutôt cette première periode consiste en une sorte d'état ataxique.

Longtemps on a considéré l'état ataxique comme une suite de la faiblesse du cerveau et des nerfs. Les mots ataxique et adynamique étaient presque inséparables. Cependant les bons praticiens avaient su discerner le mode réel de la vitalité. Jeanroy signalait déjà, en 1786, les funestes effets des vomitifs, du quinquina, des vésicatoires dans les fièvres malignes (1). Hildenbrand combattait, en 1809, la doctrine de la débilité comme cause des fièvres nerveuses (2).

Aujourd'hui ce serait perdre un temps précieux que de revenir sur ces questions, simplifiées d'ailleurs par la distinction précédemment établie entre l'hypersthénie nerveuse et l'hypersthénie vasculaire.

J'avais besoin de prouver l'existence de l'état ataxique aigu, de rappeler qu'il est une des conséquences de la surexcitation nerveuse; je peux maintenant rechercher quelle est l'influence de l'hérédité sur sa production.

C'est principalement chez les personnes d'un tempérament nerveux que l'état ataxique se développe, chez celles qui sont nées de parents eux-mêmes irritables, et ayant donné des indices de surexcitation nerveuse. Je pourrais appuyer cette assertion sur des faits nombreux.

(1) *Mém. de la Soc. roy. de méd.*, t. VIII, p. 101.

(2) *Ratio medendi*, pars 1, p. 240. — *Nonnulla de febribus nervosis.*

Il est très commun de voir un père ou une mère épileptique ou aliéné donner naissance à un enfant menacé d'affection cérébrale.

Le docteur Monett, de Washington, rapporte l'observation d'un garçon de dix ans, atteint de spasme, de céphalalgie, ayant envie de mordre, etc., dont le père avait été épileptique et la mère hystérique (1).

Rien n'est malheureusement plus avéré que la disposition de l'hydrocéphalie aiguë à se répéter dans certaines familles. Quin, Odier, Cheyne, Formey, Portenschlag, Baader, Schafer, J. P. Frank (2), Gœlis, etc., sont unanimes à cet égard. J'en ai moi-même acquis la certitude. Or, comme je l'ai dit, cette affection commence par une irritation de l'encéphale ou des méninges, qui peut n'être que nerveuse; celle-ci forme le point de départ, le premier degré de la maladie. C'est probablement en la développant qu'agit le pouvoir héréditaire. En effet, si dans les familles on voit plusieurs enfants successivement atteints d'hydrocéphalie et y succomber, on est obligé d'admettre une disposition commune, un état constitutionnel, quelque chose de congénial; mais si l'on remonte à la santé des parents, on apprend qu'ils n'ont jamais eu de symptômes d'hydrocéphalie. On est donc conduit à ne supposer alors qu'une hérédité de constitution, de prédominance cérébrale, d'excitabilité plus ou moins vive. Or, ces prédispositions sont précisément celles de l'état ataxique aigu; on peut donc regarder cet état comme soumis à l'influence héréditaire.

Apoplexie nerveuse.

Existe-t-il une apoplexie nerveuse? Est-il bien prouvé qu'un individu, ayant offert la perte de connaissance, la suspension

(1) *Western med. and phys. Journal*, 1828. — *Journ. des prog. des scienc. médic.*, t. XV, p. 247.

(2) *Traité de médecine pratique*, trad. par Goudareau. Nouvelle édition. Paris, 1842, t. II, p. 88.

subite de l'action des sens, de l'encéphale et des muscles qui caractérisent l'attaque apoplectique, n'ait présenté à l'examen cadavérique, ni épanchement sanguin, ni collection séreuse, ni aucune autre lésion notable de l'encéphale ?

Des faits, il est vrai peu nombreux, mais positifs, conduisent à l'affirmative.

Morgagni dit que quelquefois la cause de l'apoplexie échappe aux sens (1).

Seelmatter a vu des apoplexies dans lesquelles aucun épanchement de liquide n'avait eu lieu (2).

Kirtum cite une observation de Nicolaï, lequel, n'ayant trouvé chez un apoplectique aucune altération apparente du cerveau, attribua les accidents à une contraction spasmodique des méninges (3). Il cite deux autres exemples empruntés à Cas. Médicus.

Hildenbrand en a donné un dans lequel des symptômes ataxiques, des indices d'une irritation grave avaient précédé l'attaque, qui fut mortelle (4).

Ces faits peu détaillés, qui cependant ont servi de base à l'admission d'une apoplexie nerveuse, trouvent leur confirmation dans l'exposition de quelques autres histoires plus complètes et plus authentiques. Le docteur Abercrombie en a donné plusieurs sous le nom d'apoplexie simple (5). M. Gendrin en a ajouté sept, empruntées à divers auteurs (6). M. Duparcque a vu des attaques apoplectiformes chez une personne âgée de quarante et un ans, tuberculeuse et atteinte d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, mais dont le cerveau se montra parfaitement sain (7). Le professeur Lobstein recueillit à la

(1) *Epist. II*, n° 5.

(2) *Morbi circa tobimum familiares*, Bas. 1751.—*Coll. disp. med. pratic.* de Haller, t. VI, p. 681.

(3) Kirtum, *De apoplexia nervosa.* — Gotting., 1785, p. 8.

(4) *Ratio medendi*, pars 2, p. 156.

(5) *Malad. de l'encéph.*, p. 299.

(6) *Ibid.*, p. 305.

(7) *Transact. médic.*, t. II, p. 278.

clinique de Strasbourg, en 1830, l'histoire très remarquable d'une véritable apoplexie précédée de céphalalgie, de vertiges, caractérisée par la perte subite de connaissance, la paralysie des membres, etc., qui ne laissa dans l'encéphale absolument aucune trace de lésion (1).

A cette observation, qui mérite toute confiance à cause des lumières de l'auteur et du genre de recherches qui faisait l'objet principal de ses études, me sera-t-il permis d'en rapprocher une qui n'est peut-être pas dépourvue d'intérêt?

M. B., architecte, ingénieur-voyer, âgé de quarante-six ans, petit, robuste, très actif, intelligent, toujours occupé des travaux de sa profession, était né d'un père atteint d'aliénation mentale. Il s'était en général bien porté, mais avait eu quelques éruptions herpétiques légères. Depuis deux ans, il était sujet à des maux de tête qui passaient par la distraction que lui donnaient ses travaux en plein air, mais qui augmentaient dans un lieu fermé et chaud. On s'aperçut quelque temps après qu'il devenait triste, silencieux, qu'il ne s'exprimait plus avec la même aisance; on reconnut bientôt que, soit en parlant, soit en écrivant, il omettait des syllabes, des mots, même des membres de phrases : cependant il conservait l'intégrité de son jugement. Son caractère subit des changements notables. Naturellement bon, sensible, généreux, il devint inquiet, parcimonieux, irascible; du reste, les diverses fonctions s'exécutaient d'une manière normale.

Tel était l'état où je trouvai M. B. au commencement de l'année 1833, lorsque je fus invité à lui donner des soins. Malgré l'emploi des demi-bains simples et sulfureux, des pédiluves sinapisés, des affusions froides sur la tête, des sangsues à l'anus, des purgatifs, des exutoires, des frictions stibiées, d'un séton à la nuque, etc., la maladie fit des progrès successifs, et M. B. fut obligé de quitter la place qu'il occupait.

(1) *Arch. de méd.*, t. XXIII, p. 260.

Au commencement de décembre, il fut pris de quelques mouvements spasmodiques et d'une perte subite de connaissance. En mon absence, plusieurs médecins accoururent, et considérèrent cet état comme une attaque d'apoplexie; on pratiqua une forte saignée, on mit des vésicatoires et des sinapismes. Ces moyens n'apportèrent aucun changement à la position fâcheuse du malade, que je vis le soir même, et que je trouvai avec la face pâle, les paupières fermées, une légère déviation de la commissure des lèvres, une insensibilité absolue, perte complète de la parole, immobilité des membres, qui offraient un peu de roideur. Les pupilles étaient resserrées. Il y avait eu des évacuations alvines involontaires.

Le lendemain, le malade ouvrit un peu les yeux, sembla reconnaître, mais ne dit rien. Le troisième jour, quelques mouvements furent exécutés avec les membres supérieurs; mais c'étaient de ces mouvements automatiques qu'on observe même chez les individus frappés de la plus grave apoplexie. La nuit suivante, accès de fièvre suivi de sueur. Je donnai du sulfate de quinine à assez haute dose, dans la crainte d'avoir affaire à une fièvre insidieuse périodique. Aucun inconvénient n'en résulta, mais rien n'empêcha l'aggravation des symptômes, et M. B. mourut le sixième jour après l'attaque violente qui devait mettre un terme à sa longue maladie.

L'examen cadavérique fut fait le 10 décembre avec la plus minutieuse attention.

Les méninges étaient saines : seulement il y avait une très légère infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, et les vaisseaux étaient un peu injectés dans les scissures et les grandes anfractuosités. La substance médullaire était un peu moins blanche qu'à l'ordinaire, mais d'une consistance normale. Les lobes antérieurs, scrupuleusement observés, n'offrirent aucune trace de lésion; il en fut de même de toutes les autres parties de l'encéphale, scrutées avec soin. Les ventricules contenaient à peine 8 à 10 grammes de sérosité. La paroi antérieure du quatrième

ventricule offrait une coloration rosée extrêmement légère. Le bulbe rachidien, le cervelet, le conarium, etc., étaient parfaitement sains. Les artères calleuses, cérébrales antérieures, carotides internes et basilaire ou méso-céphalique, étaient parsemées de petits points cartilagineux, jaunâtres, augmentant la densité, l'épaisseur du tissu artériel, lequel était mince et diaphane dans les intervalles.

Le cœur et les poumons étaient dans un état normal.

L'estomac, ample, surtout du côté du pylore, offrait quelques traces de phlegmasie chronique; la muqueuse y était légèrement amincie; l'intestin grêle était sain, mais un peu rouge; l'arc du colon décrivait une forte courbure dont la convexité descendait au-dessous de la région ombilicale. Le foie n'avait aucune altération. La rate présentait sur sa face convexe une tache blanchâtre. Les autres organes étaient bien.

Ce fait, je l'avoue, me causa un profond étonnement. J'avais supposé l'existence d'une lésion organique du cerveau, j'en avais, par la pensée, placé le siége dans les lobes antérieurs; puis j'avais cru à un épanchement subit de sang. Plusieurs confrères en avaient été persuadés. Cependant, après deux heures des plus consciencieuses recherches, je fus contraint de m'avouer ma triple erreur. La légère infiltration sous-arachnoïdienne, phénomène pathologique qu'il est si fréquent de rencontrer, alors même qu'aucune lésion cérébrale n'a été soupçonnée pendant la vie, ne pouvait me donner une raison satisfaisante de l'état si grave qui avait conduit M. B. au tombeau. La cartiliginification commençante sur quelques points des artères cérébrales ne me paraissait avoir eu presque aucune influence sur cet état morbide. J'étais donc contraint de le considérer comme une lésion essentiellement vitale, d'admettre enfin une apoplexie nerveuse.

J'ai dit que le père du malade avait été atteint d'aliénation mentale. N'était-ce pas une grave prédisposition à une maladie

cérébrale, surtout à l'une de celles qui consistent plus en un trouble fonctionnel qu'en une altération de structure?

Les phénomènes apoplectiques ne se manifestèrent qu'après deux ans d'un état de souffrance cérébrale, d'irritation nerveuse, de trouble mental. La céphalalgie, la perte de la mémoire des mots, l'humeur inquiète, l'irascibilité, étaient les indices positifs de la surexcitation graduellement accumulée dans l'encéphale, et arrivée au point d'occasionner un état mortel.

Des considérations et des faits qui précèdent, il est, ce me semble, naturel de conclure qu'il existe une apoplexie nerveuse, que cette maladie est une des conséquences de la surexcitation nerveuse, et qu'elle n'est point étrangère à l'influence de l'hérédité.

Manie.

L'aliénation mentale n'est-elle qu'une lésion de l'intellect, indépendante de l'organisation? C'est principalement à la suite des fortes contentions d'esprit, des travaux de la pensée, des affections morales vives qu'elle se manifeste. Elle ne laisse souvent aucune trace dans l'encéphale, elle semblerait donc étrangère au physique (1). Mais les actes moraux reposent sur l'exercice de la sensibilité, et se trouvent conséquemment en relation directe avec le système nerveux.

L'influence nerveuse est, en effet, très puissante dans le domaine de l'intelligence et de la volonté. Les erreurs du jugement, les écarts de l'imagination sont les résultats fréquents de l'excitabilité augmentée et pervertie du système nerveux en général, et du cerveau en particulier.

Cette surexcitation est incontestable. Les causes les plus ordinaires, soit physiques, soit morales, de la folie, sont celles qui

(1) Gooch What are the grounds of the prevailing doctrine that mental derangement is a moral disease? *Med. transact.*, t. VI, p. 303.

suscitent dans l'organisme les réactions les plus actives. Lorsque le moral s'affecte et s'égare, les sens s'exaltent, les actes intellectuels se précipitent, se heurtent, le système musculaire acquiert une extrême mobilité, une force étonnante. L'aliéné paraît entraîné par une puissance intérieure irrésistible. Les organisations les plus faibles développent une énergie prodigieuse.

L'aliénation mentale ne déploie pas toujours, il est vrai, cet appareil de forces. Dans la lypémanie, le calme semble régner; il n'est qu'extérieur; la faiblesse n'est qu'apparente. L'esprit frappé par une idée affligeante, l'âme oppressée par une passion triste concentre toutes ses sensations, est en proie aux tourments les plus cruels, et arrive au plus haut degré d'exaltation et de souffrance.

La surexcitation est donc ici réelle, mais profonde, concentrée, cachée sous de trompeuses apparences.

De ce que souvent la face est pâle, le pouls petit, la chaleur de la peau diminuée, la digestion languissante, la nutrition comme enrayée, s'ensuit-il que le système nerveux soit frappé de débilité? Jadis on parlait beaucoup de faiblesse des nerfs et du cerveau. On constate aujourd'hui que l'exaltation nerveuse est souvent en raison de la dépression des forces générales. Ne voit-on pas le délire et les convulsions se manifester après les grandes pertes de sang, et par l'effet de divers agents délétères?

Dans la démence, l'encéphale paraît affaibli, mais dans la manie il est stimulé : aussi devient-il souvent le siége de lésions physiques, telles que injections vasculaires, phlegmasies, ramollissements, indurations, abcès (1), qui dénotent une excitation prolongée; et M. Guislain, si disposé à mettre l'aliénation mentale sur le compte de la débilité, reconnaît-il que les altérations

(1) Parchappe, *Recherches sur les altérat. de l'encéph. dans l'alién. mentale.* Paris, 1838. 2e partie in-8.

matérielles du cerveau dans la folie commencent par une irritation nerveuse (1).

S'il est une maladie à la production de laquelle l'hérédité ait une large part, c'est sans contredit l'aliénation mentale. Rusch, cependant, doutait de cette vérité. Mais tant d'observateurs l'appuient de leur autorité qu'elle ne saurait être contestée. Esquirol donne à ce sujet les affirmations les plus positives. Selon cet illustre médecin, l'hérédité est la cause la plus ordinaire des dérangements moraux chez les riches, et doit compter pour un sixième parmi les circonstances qui les produisent chez les pauvres (2). Mason Cox lui accorde aussi une grande importance. Ellis la met au premier rang des causes des vésanies (3). Haslam croit que, quand dans une famille il y a un aliéné, il faut craindre de voir quelque autre membre le devenir (4).

Des observations faites en grand donnent des résultats fort remarquables contre la valeur desquels il serait difficile d'élever quelque contestation.

Voici un tableau dressé par M. Parchappe dans ses *Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale* (5).

1811 à 1812.	Établiss[t] d'Esquirol, 150 cas d'hérédité sur 431 admissions, ci. .	150	sur 431	admiss., c.-à-d. 35	sur 100
1826 à 1833.	Charenton	337	1,557	— 21	—
1835 à 1838.	Saint-Yon.	87	570	— 15	—
1811 à 1812.	Salpêtrière	105	789	— 13	—
1831 à 1836.	Turin.	128	1,066	— 11	—
1825 à 1833.	Bicêtre	342	3,458	— 10	—
1833 à 1838.	Bordeaux	27	265	— 10	—
1822 à 1833.	Salpêtrière	506	226	— 8	—
		1,682	14,362	122	

Les études auxquelles je me suis livré sur le même sujet m'ont fait connaître plusieurs autres résultats que je transcris.

(1) *Traité sur les phrénopathies*, p. 101.
(2) *Des malad. mentales.* Paris, 1838, t. I, p. 64.
(3) *Traité de l'alién. mentale*, trad. par Archambault. Paris, 1840, in-8.
(4) *Edinburgh med. and surg. Journal*, t. V, p. 452.
(5) Rouen, 1839, p. 49.

Si je résume actuellement tous les chiffres qui viennent d'être cités, soit ceux recueillis par M. Parchappe, soit ceux que j'ai moi-même réunis, je trouve que l'influence héréditaire a agi 3,268 fois dans 24,012 cas, ce qui donne pour terme moyen définitif un peu plus de 13 sur 100.

On a pu remarquer de grandes différences dans les divers résultats obtenus selon les lieux et les observateurs. Dans les hôpitaux, les renseignements manquent souvent. Il est habituellement impossible d'en trouver d'exacts auprès des malades, dont le jugement est troublé, et même dont il serait imprudent d'appeler l'attention sur les causes productrices de la folie. Les parents ont souvent des motifs pour taire ce qui a rapport aux antécédents. Il faut avoir une grande persévérance, un amour bien vif de la vérité, une patience à toute épreuve, pour se livrer à cette recherche et obtenir des renseignements exacts et bien circonstanciés : aussi n'est-il pas étonnant que dans les hospices où l'importance de ce genre d'examen n'était pas appréciée, on n'ait eu, comme à Aversa, qu'un chiffre si bas, tandis qu'ailleurs on est arrivé à près de 50 pour 100.

Dans l'établissement de M. Esquirol, dans les faits de lypémanie, de manie des femmes nouvellement accouchées qu'il a rapportés, le nombre des cas d'hérédité est beaucoup plus considérable qu'à Bicêtre ou à la Salpêtrière, parce que les observations étaient recueillies avec plus de soin, plus de détails que dans ces maisons, où la multitude des malades en rendait l'examen moins attentif et moins complet. C'est plutôt par ce motif que par la différence de position sociale que l'hérédité paraît s'y moins manifester.

D'après Esquirol, la folie est plus souvent transmissible par les mères que par les pères (1). Il a pu s'en assurer en soignant, dans les dernières années de sa vie, les enfants des malades qu'il avait vus au commencement de sa carrière médicale.

(1) *Mal. mentales.* Paris, 1838, t. I, p. 65.

Lorsque le père et la mère ont été aliénés, ou même ont montré dans le caractère quelque singularité, l'aliénation est à redouter chez les enfants.

Elle est plus commune dans les familles qui, pendant plusieurs générations, s'allient entre elles : c'est ce qu'ont donné l'occasion d'observer les sectes religieuses si multipliées en Angleterre et aux États-Unis. Selon Ellis, les mariages entre parents consanguins disposent à la folie.

Esquirol croit que les enfants engendrés avant l'invasion de la folie des parents, y sont moins sujets que ceux qui naissent après.Quel que soit mon respect pour les assertions de ce célèbre observateur, je ne peux pleinement admettre celle-ci, à moins qu'il ne s'agisse de manie accidentellement produite; mais si cette affection est le résultat d'une prédisposition constitutionnelle, peu importe que cette dernière soit transmise avant ou après la manifestation fortuite de ses conséquences. Ce n'est pas la maladie elle-même que les parents communiquent ; car un enfant ne naît pas fou, mais seulement avec l'aptitude à le devenir. Or, cette aptitude peut demeurer latente un temps plus ou moins long par l'absence des causes capables de la mettre en jeu. C'est ainsi que l'on voit cette disposition traverser une génération sans se montrer et devenir évidente dans celle qui suit. En voici un exemple curieux emprunté aux observations d'Herman Grube (1). Un père, atteint de dérangement mental, eut des fils d'esprit et même distingués, qui remplirent avec talent des emplois publics ; leurs enfants parurent d'abord avec le jugement assez droit, mais à vingt ans ils donnèrent des signes de folie.

Ce ne sont pas seulement les individus ayant une aliénation mentale bien caractérisée qui impriment à leur postérité une disposition vésanique. Les personnes dont l'esprit est léger, mobile, le caractère capricieux, dont les idées sont excentri-

(1) *De morborum transplantatione*, sect. 6, c. 1.— Dissert. de Zeller, p. 10.

ques, les goûts dépravés, les passions exaltées, ceux qui s'adonnent à la débauche, à l'ivrognerie, donnent souvent le jour à des enfants qui renchérissent sur ces malheureuses dispositions, et deviennent décidément fous.

Burton assure, dit Esquirol, que les enfants des personnes âgées sont prédisposés à la mélancolie. J'ai plusieurs fois vu l'inverse dans des familles nombreuses.

Esquirol a remarqué que la folie héréditaire arrive souvent à l'âge où elle s'était montrée chez les ascendants (1). Je ne prétends pas combattre les faits; mais je ferai observer que l'invasion de cette maladie est tellement subordonnée aux circonstances dans lesquelles les sujets prédisposés se trouvent, qu'il ne faudrait pas prendre pour règle générale ce qui peut n'avoir été dans certains cas qu'une coïncidence fortuite.

La manie, la monomanie, lorsqu'elles sont liées à une phlegmasie chronique des méninges, reconnaissent souvent pour cause héréditaire, non seulement l'aliénation mentale, mais un genre quelconque de lésion cérébrale; c'est ainsi que les inflammations, les dégénérations, les maladies organiques de l'encéphale, l'apoplexie, etc., dont les parents furent atteints, peuvent être placées au nombre des causes qui disposent les enfants à l'aliénation mentale.

La folie, qui se développe sympathiquement dans les irritations gastro-intestinales, peut par la même raison être héréditaire (2).

Celle des femmes nouvellement accouchées porte davantage encore ce caractère, comme l'ont observé Macdonald (3) et Esquirol (4).

Les folies héréditaires sont beaucoup plus difficiles à guérir que celles qui ne paraissent dues à aucune prédisposition

(1) *Mal. mentales*, t. I, p. 66.
(2) *Rev. méd.*, 1824, t. IV, p. 197.
(3) *New-York med. Journal-revue*, 1832, t. I, p. 275.
(4) *Mal. mentales*, t. I, p. 237.

innée. Fothergill de Batt les regardait même comme incurables (1). Crowther a noté que, dans ces circonstances, les malades revenaient d'une première, d'une seconde attaque, plus promptement que ceux qui n'avaient aucune disposition héréditaire, mais que, par suite de cette tendance, les causes les plus légères les faisaient rechuter (2). Esquirol a aussi remarqué que les récidives étaient dans ces cas plus à craindre que dans la folie accidentelle (3). C'est surtout alors que la vésanie, s'accompagnant des indices d'une lésion matérielle de l'encéphale, résiste aux traitements les plus judicieux et conduit à une démence incurable.

L'influence héréditaire ne se borne pas toujours à une disposition physique, constitutionnelle; elle a aussi une action morale. L'individu qui connaît la fâcheuse prédisposition que ses parents lui ont léguée, en est préoccupé, inquiet. Sans ce trouble et ces craintes, aucun dérangement intellectuel n'eût peut-être éclaté. Quelques faits ont mis ce genre d'influence hors de doute. M. Villermé en a rapporté un fait très remarquable. Une femme, âgée de quarante-trois ans, qui avait beaucoup entendu parler d'aliénation mentale dans la famille de son mari, croyait être la fille d'un ami de sa mère, lequel, après des revers de fortune, perdit la raison. Sachant que la folie est héréditaire, cette dame s'en crut inévitablement menacée, devint mélancolique et eut des moments de délire. Sa mère étant morte, elle trouva dans les papiers de celle-ci la preuve positive que l'ami dont elle s'imaginait être la fille n'était point son père. Toute crainte d'hérédité disparut et la raison reprit la plénitude de son empire (4).

(1) *Of the efficacity of hyoscyamus in certain cases of insanity.* Mem. of the med. Society of London, t. I, p. 310.

(2) *Miscellaneous medical communications.* Edinburgh med. and surg. Journal, t. XXV, p. 54.

(3) T. I, p. 114.

(4) *Rev. méd.*, t. VI. p. 97.

Une observation analogue relative à la monomanie suicide a été publiée par M. Falret (1).

Après les masses de faits dont j'ai précédemment donné le rapprochement statistique, et les observations si nombreuses des auteurs spéciaux, il me siérait mal d'offrir, comme ayant quelque valeur, les faibles résultats d'une expérience trop limitée. Si je présente ici les détails de divers faits particuliers, c'est qu'ils m'ont paru ajouter quelques traits à l'histoire de l'aliénation mentale, envisagée sous le rapport de sa transmissibilité et des conditions de sa production.

Première observation. Mademoiselle B., âgée de vingt-six ans, grande, assez forte, plutôt maigre que grasse, d'un tempérament nerveux, à impressions profondes, à physionomie apathique, mais toujours disposée à se préoccuper, à s'inquiéter, avait joui d'une bonne santé. Vers l'époque de sa première communion, elle eut fréquemment des scrupules de conscience. Il y a trois ans que son moral s'affecta davantage. Elle craignit que ses moindres actions ne fussent des péchés contre la pureté. Depuis quelque temps cette lésion mentale a fait de nouveaux progrès. Il y a lypémanie, l'œil est fixe, demi-ouvert, la face exprime une sorte de souffrance intérieure, d'agitation profonde; elle est pâle. La malade ne parle que par instants, ne dit que quelques mots, demeure comme frappée de stupeur. On a de la peine à la faire coucher; parfois elle est demeurée debout, immobile auprès de son lit pendant une partie de la nuit. Les digestions se font assez bien, parce que l'estomac ne reçoit que peu d'aliments. La menstruation est régulière, mais peu abondante; on y supplée quelquefois par des émissions sanguines. Parmi les moyens qui ont été mis en usage, il n'en est aucun qui m'ait paru plus utile qu'un large exutoire fait avec la poudre de Vienne, et placé à l'une des cuisses; tant que la sup-

(1) *Rev. méd.*, t. VI, p. 420. — *Traité de l'hypochondrie et du suicide.* Paris, 1822, p. 355, observat. XX^e^.

puration a été copieuse, le moral a offert une très notable amélioration.

Voici des antécédents qui ne sont pas rassurants. Le père est un homme de faible constitution, d'un caractère mou. La mère a plus d'énergie morale, mais elle a eu des atteintes fréquentes de monomanie suicide. Deux fois elle s'est jetée dans un puits, une autre fois on l'a arrêtée au moment où elle se précipitait dans la rivière. Cette dame est maigre, pâle, triste; elle ne déraisonne nullement; elle s'occupe même avec discernement de toutes les affaires de sa maison. Elle a six enfants qui tous se portent bien, à l'exception de la demoiselle dont je viens de parler, qu'elle a seule allaitée.

C'est cette dernière circonstance qui m'a paru digne d'attention. L'allaitement aurait-il exercé quelque influence? Je raconte un fait, je n'y attache pas plus d'importance qu'il n'en mérite. Mais je fais remarquer que les cinq autres enfants sont entièrement exempts de lésion mentale.

Deuxième observation. Mademoiselle S., âgée de vingt-trois ans, petite, blonde, d'un tempérament lymphatique, peu vive, mais intelligente, commença par éprouver, sans cause connue, une disposition insolite au mouvement; puis elle exécuta une sorte de danse ou de balancement avec trémulation des membres. Cette attaque diminua, cessa, mais le tremblement continua. C'était comme une chorée commençante. Bientôt des idées bizarres, des volontés singulières furent exprimées, il y eut insomnie et délire continuel. Cet état a persisté plusieurs mois, a ensuite diminué, et la malade a pu être ramenée chez ses parents. La mère de cette jeune personne avait été atteinte, lors de ses couches, d'une manie qui fut assez longue à guérir, mais qui disparut entièrement.

Ainsi la malade fut conçue avant l'invasion de la manie de sa mère, et cette affection fut ensuite complétement dissipée. La disposition à la vésanie, et non la vésanie effectuée, avait seule agi.

Troisième observation. Madame L., âgée de vingt-sept ans, d'une constitution sèche, ayant le système musculaire développé, de taille moyenne, peau pâle, cheveux châtains, douée d'un caractère excellent, doux, affectueux, ayant une intelligence plus qu'ordinaire, et cultivée par une bonne éducation, s'était toujours montrée pleine de sens, très régulière dans sa conduite, et fort ordonnée dans son ménage; heureuse avec son mari, elle n'avait qu'un désir, c'était de devenir mère. Depuis six ans, elle attendait ce bonheur. Ses menstrues revenaient avec régularité, même avec abondance; il fallait quelquefois observer le repos, la position horizontale et un régime assez sévère. Je ne doutais pas qu'il n'existât un certain degré d'irritation vers l'utérus.

Dans le mois d'août 1840, madame L. fut exposée à de vives terreurs. Les règles, qui coulaient, furent supprimées. Quelques jours après, éclata le dérangement mental le plus violent; incohérence complète des idées, flux perpétuel de paroles, mélange confus de mots, actes physiques désordonnés, désir d'ôter ses vêtements, violences exercées sur les personnes qui l'entourent, sur les objets qui font obstacle à ses volontés, absence absolue de calme et de sommeil. Tel est sommairement l'état dans lequel madame L. passa un mois et demi sous ma direction. Il n'y avait point de fièvre, les digestions étaient bonnes, l'appétit excellent, les évacuations se faisaient sans conscience ou du moins sans avertissement. Les forces, l'agilité se conservaient. Je m'attachai surtout à rappeler la menstruation; tous les moyens échouèrent. Après avoir essayé de l'air de la campagne, je conseillai de mettre madame L. dans une maison de santé. Elle a passé environ six mois au voisinage de Paris, puis elle a été placée dans un autre asile. La menstruation a spontanément reparu au bout d'un an, mais l'état intellectuel est toujours le même.

Le père de madame L. est d'un tempérament nerveux, mélancolique, à impressions fortes et durables, à caractère taciturne, réfléchi, méditatif; c'est un homme extrêmement religieux, qui,

sous des dehors calmes et froids, cache une âme ardente, et sans cesse froissée par l'inconduite de son épouse.

Celle-ci est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution molle; elle est sans raison, sans morale, d'une légèreté scandaleuse, elle vit éloignée du toit conjugal.

Deux enfants, issus de cette union si mal assortie, sont morts très jeunes d'affections cérébrales. Un fils est d'un caractère assez bizarre, d'un jugement peu solide. Il s'était livré à des idées d'ambition, voulait se marier à une demoiselle de haute naissance; contrarié dans ses projets, il tomba dans l'apathie durant plusieurs mois. Je le vis dans cet état; cependant il s'est marié depuis.

On ne peut méconnaître ici les effets de cette opposition de tempérament et de moralité. Cette conjonction entre deux individus si différents n'a point eu d'heureux effets, et devra faire réfléchir ceux qui verraient dans des croisements, sinon de races, du moins de constitution et de caractères, un moyen d'améliorer l'espèce humaine. Madame L. ressemble beaucoup plus à son père qu'à sa mère; elle en a eu les dispositions morales jusqu'au moment où sa raison fut troublée; alors sembla commencer l'influence maternelle, mais avec une violence extrême. La mère n'a jamais été, à proprement parler, aliénée; elle est sans esprit, sans jugement, mais ne passe point pour folle: on n'a pu la faire interdire.

L'influence, soit paternelle, soit maternelle, est ici marquée de la manière la plus positive, par le genre de mort des deux premiers enfants, par l'état mental du fils et celui plus affligeant de la fille. Il y avait donc une prédisposition générale à la surexcitation nerveuse, conduisant à un état pathologique déterminé, bien que les parents n'eussent pas dépassé les limites de l'état physiologique.

Quatrième observation. Madame C., âgée maintenant de vingt-cinq ans, de petite taille, un peu brune, vive, intelligente, d'embonpoint ordinaire, s'était bien portée jusqu'en 1837. A la suite

d'une fièvre intermittente, qui résista au sulfate de quinine, il se développa chez cette jeune personne, qui n'était pas encore mariée, une susceptibilité nerveuse extrême, une exaltation notable dans l'imagination. Je fus alors appelé à lui donner des soins; je reconnus qu'une vésanie était imminente. En effet, le trouble le plus complet s'empara du moral, un délire général eut lieu et persista, malgré beaucoup de moyens, pendant deux mois; les règles se supprimèrent; il fut impossible de les rappeler. Je jugeai l'isolement d'autant plus nécessaire que la malade était entourée d'une famille nombreuse, inquiète, dont les divers membres, malgré mes recommandations expresses, se succédaient auprès d'elle. Elle fut menée à Vanvres, et après six mois de séjour dans cette maison, elle se rétablit complétement. Depuis, elle s'est mariée, est devenue mère; sa raison n'a pas été un instant incertaine.

Il y avait quelques motifs de douter d'une terminaison aussi heureuse et aussi parfaite. Le père de madame C. était mort, jeune encore, d'une attaque d'apoplexie foudroyante; c'était, m'a-t-on dit, un homme très intéressant. La mère est d'une grande vivacité, d'une mobilité nerveuse, que balance sans doute une belle et forte constitution.

Madame C. a eu une sœur qui est morte d'hydrocéphalie aiguë; elle a deux frères: l'un, qui est encore fort jeune, est un de ces enfants parleurs, discoureurs, à idées surabondantes, exprimées avec facilité; l'autre, qui a vingt-deux ans, a présenté dès son enfance la maturité de l'âge adulte. C'est un jeune homme parfait, plein d'intelligence et de raison, ayant pour ainsi dire servi de père affectueux à ses sœurs et à son frère, géré des affaires importantes et pris de ces résolutions qui partent d'une tête forte et d'un excellent jugement.

On voit donc dans cette famille un développement cérébral remarquable, soit selon la ligne normale, soit dans une direction pathologique.

Si je remonte plus haut, voici ce que je trouve: l'aïeul, qui

vient de mourir à quatre-vingt-six ans, était un homme solidement constitué, brun, sanguin, d'un jugement droit et ferme, qui par un travail persévérant avait amassé une grande fortune. L'aïeule est une petite femme très grasse, d'un tempérament lymphatico-nerveux, vive, remuante, parlant souvent, malgré son âge, sans réflexion.

D'un père et d'une mère si différents sont nés quatre fils et cinq filles. Un fils est mort d'affection cérébrale, peut-être avec aberration intellectuelle, circonstance dont la famille s'est toujours défendue. Les autres fils sont pleins de raison, mais d'une grande vivacité; ils s'inquiètent aisément pour leur santé; l'un d'eux s'est cru atteint d'un anévrisme du cœur parce qu'il éprouvait quelques légères palpitations. Les filles sont toutes mariées, vives, sensibles, d'une assez bonne santé.

Il est curieux de suivre le balancement, l'antagonisme des tempéraments, des caractères, des dispositions morales à travers ces trois générations, et de retrouver ces différences aussi tranchées dans la dernière que dans la première.

Cinquième observation. M. D., âgé de cinquante-cinq ans, petit, blond, ayant les pommettes vivement colorées, la peau blanche, un caractère doux, mais très ferme dans ses résolutions, a été depuis sa jeunesse à la tête d'un établissement industriel (raffinerie de sucre colonial); il y a seize ans qu'il eut une gastrite fort intense; je ne parvins à la faire cesser que par un régime d'une grande sévérité. En 1828, après un voyage d'agrément fait dans les Pyrénées, et où il se fatigua beaucoup, M. D. fut pris dans le mois de novembre de délire violent, d'accès de fureur. J'étais alors absent; il ne voulut se laisser approcher par aucun médecin. On décida de le conduire dans une maison d'aliénés. A mon retour j'allai l'y voir; le délire avait perdu de sa violence, mais la raison n'avait nullement repris son intégrité. Voyant que le contact des autres aliénés l'irritait beaucoup, je conseillai de le faire sortir au mois de mars. On lui prépara un séjour agréable à la campagne; il y fut dans un

isolement complet, et son moral s'améliorait de la manière la plus heureuse, lorsqu'une maladresse de ceux qui le gardaient lui permit d'apprendre qu'on travaillait à l'interdire, et que même le jugement était sur le point d'être prononcé. Il s'opéra dans cette tête, encore mal assurée, un bouleversement total. M. D. tomba dans une lypémanie profonde; il croyait sa famille ruinée, ne voulait même pas manger, craignant de ne pouvoir payer un morceau de pain. Le physique, qui s'était jusque là assez bien conservé, se ressentit de cette atteinte du moral; il y eut à plusieurs reprises des rétentions d'urine, qui exigèrent le cathétérisme, bien que le canal de l'urètre n'eût jamais offert le moindre rétrécissement; l'estomac surtout s'affecta gravement. Les digestions ne purent s'effectuer qu'avec une extrême difficulté et à de longs intervalles. L'appétit était nul, la maigreur, la faiblesse, portées à un haut degré; la vie de ce malade me semblait extrêmement compromise. Le pouls cependant conservait de la régularité, quelque consistance, et n'était point fréquent. Je fis faire sur l'épigastre, avec la poudre de Vienne, trois larges escarres; une abondante suppuration se forma et coula pendant trois mois de cette triple ulcération, entretenue avec soin. L'appétit revint, les digestions furent meilleures, et dans le mois d'avril 1840, M. D. put être transporté dans un autre lieu parfaitement disposé. J'eus l'extrême satisfaction de voir s'opérer graduellement et de la manière la plus complète le rétablissement et physique et moral de ce malade. La guérison ne s'est pas démentie, malgré l'épreuve de plusieurs voyages.

Voici quelques détails sur sa famille. Le père, homme très estimé, a rempli jusqu'à un âge avancé les fonctions de juge de paix; la mère n'a rien présenté de remarquable. Une sœur est épileptique; une autre est morte à la campagne d'une gastrite chronique, probablement avec lésion organique de l'estomac. Un frère, médecin, exerçant dans l'une des Antilles, par suite de fatigues ou par toute autre cause, a eu une affection

cérébrale, qui a notablement altéré son moral, lequel était plein de sagacité et d'énergie. Un autre frère, plus jeune, dirige une raffinerie, ne déraisonne pas précisément, mais il a un caractère singulier, brusque, prend souvent ses soupçons, ses suppositions pour des réalités; il m'a toujours paru enclin aux dérangements intellectuels.

Ainsi voilà trois frères qui ont offert, à des degrés différents, une disposition aux maladies mentales, et une sœur qui a une affection nerveuse des plus graves, bien que leurs ascendants n'aient jamais rien présenté de semblable.

Plusieurs fois dans le cours de ce travail j'ai appelé l'attention sur ce fait très curieux d'une disposition morbifique répandue dans une famille, bien que les père et mère ou aïeux n'en eussent point eu d'analogue.

La folie s'est déclarée chez un de mes confrères dont une sœur était morte aliénée, mais dont la mère et le père avaient le moral très sain. Ce dernier mourut d'apoplexie. Il avait une propension excessive aux plaisirs vénériens. Le fils avait, dit-on, hérité de cette disposition perfide, mais il était certainement dépourvu des avantages moraux qui avaient fait de son auteur un homme assez distingué.

Dans les familles, on voit des analogies de tempérament conduire aux résultats les plus différents. Le point de départ est le même, mais les voies parcourues divergent. C'est ainsi que le génie et la folie peuvent naître sous le même toit. Je suis parfois consulté par un homme de cinquante ans, hypochondriaque, en proie à des hallucinations nombreuses, à des idées extravagantes. C'est le frère d'un publiciste célèbre dont l'esprit était doué d'une extrême lucidité, la logique puissante, la facilité d'expression très remarquable, qui avait une activité morale extraordinaire, et qui est mort rapidement d'une congestion cérébrale.

Le frère d'un homme d'État très renommé par l'étendue de son intelligence, par le talent avec lequel il aborde toutes les questions, est mort aliéné, il y a peu de temps.

Les dons de l'esprit qui forment le plus riche apanage de certaines familles semblent quelquefois se partager entre les divers membres qui les composent. Le grand Montesquieu, dont le génie a fait l'admiration de l'Europe, n'avait qu'une assez bonne mémoire; son frère, qui n'avait pas de génie, possédait une mémoire prodigieuse (1).

Monomanie.

On jugera peut-être superflu d'examiner la question de l'hérédité, relativement à la monomanie, les résumés statistiques comprenant ordinairement tous les genres d'aliénation mentale, et la monomanie et la manie ayant les plus intimes rapports, puisque l'une n'est très souvent qu'un degré de l'autre. Mais la monomanie a de nombreuses variétés qui sont marquées par des traits spéciaux, et offrent des différences essentielles. Afin de ne laisser ni lacune ni indécision, il sera bon, je crois, de soumettre les principales, sous le rapport de la question proposée, à un examen particulier.

Avant d'aller plus loin, je ferai remarquer que la monomanie est, autant que la manie, le résultat d'une surexcitation du système nerveux. Elle se montre surtout chez les individus à constitution sensible, irritable, à impressions profondes, chez ceux qui présentent les caractères du tempérament mélancolique, chez les personnes disposées à l'hypochondrie, à l'hystérie, chez les épileptiques, chez les nouvelles accouchées.

Le monomaniaque se plaint souvent de maux de tête, de vertiges, de tintements d'oreilles; il a le visage coloré, les yeux injectés, de l'agitation. Ces phénomènes indiquent une excitation nerveuse et vasculaire, un travail morbide vers la tête.

Aussi a-t-on souvent rencontré à l'ouverture du crâne, dans

(1) Ce fait m'a été dit, il y a longtemps, par un vieillard respectable qui fut dans sa jeunesse le secrétaire et le protégé de Montesquieu.

la monomanie, des indices évidents d'une phlegmasie des méninges.

On a divisé les monomanies en celles qui dépendent d'une lésion de l'intellect, et celles qui résultent d'une aberration instinctive. Dans les premières, l'individu ne s'aperçoit pas de son délire; dans les secondes, il reconnaît l'égarement de sa raison, la perversion de ses sentiments, mais il obéit à une instigation intérieure, dont il ignore la source, et contre laquelle sa volonté demeure impuissante.

Cette distinction, malgré les objections que lui ont adressées quelques médecins allemands (1), me paraît judicieuse et fondée sur l'observation. Il serait curieux de savoir dans quelle classe de monomanies l'hérédité a le plus d'influence. Les faits ne sont pas assez nombreux pour établir des données générales; mais on peut dire, *à priori*, que les monomanies intellectuelles ou raisonnantes, comme les appelait le docteur Marc (2), étant très rapprochées de la manie et y conduisant, doivent avoir une égale propension à l'hérédité. Quant à celles qu'on nomme instinctives, ayant été surtout observées chez des femmes nerveuses, hystériques, nouvellement accouchées, chez des jeunes gens de l'un ou l'autre sexe à l'époque de la puberté, chez des hypochondriaques, des épileptiques, des individus offrant quelque dérangement des fonctions digestives, une constipation opiniâtre, des maux de tête, des signes de congestion cérébrale, etc. (3), elles paraissent avoir leur source dans une altération de l'état physique, et spécialement dans une modification, dans une surexcitation du système nerveux. Or, il est déjà prouvé que cet état est transmissible par voie d'hérédité. Celle-ci ne pourra toutefois propager qu'une tendance générale, une disposition commune

(1) Les docteurs Henke, Amelung, etc. Voy. *Ann. d'hygiène publiq.*, t. XIV, p. 156.

(2) *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions judiciaires.* Paris, 1840, t. I, p. 245.

(3) Taufflieb, *Recherches sur l'état actuel, en Allemagne, des doctrines médico-légales relatives aux aliénations mentales.* — *Ann. d'hyg. publiq.*, t. XIV, p. 161.

aux affections nerveuses, aux diverses vésanies; puis, selon les conditions individuelles, selon l'ordre personnel des idées, l'influence de tel ou tel genre d'éducation, la puissance de l'exemple, l'occasion, la force des circonstances, l'esprit s'égarera dans une direction déterminée et se trouvera insensiblement conduit aux plus étranges, aux plus lamentables aberrations.

Je ne pourrai étudier toutes les variétés, toutes les nuances de la monomanie; il suffira, je pense, d'examiner les principales.

I. La monomanie suicide a pour cause fréquente l'hérédité. M. Falret s'exprime ainsi: « J'ai vu à la Salpêtrière une fille qui » a fait trois tentatives pour se noyer; sa sœur s'était noyée quel- » ques années auparavant. J'ai vu la mère et la petite-fille at- » teintes de mélancolie suicide; la grand'mère de celle-ci est à » Charenton pour la même cause. Parmi les aliénés de la classe » élevée, j'ai vu l'oncle et la nièce, la mère et la fille, affectés » de la même maladie. Un individu s'était suicidé dans une maison » de Paris; son père, qui vint assister à ses funérailles, s'écria, en » voyant le cadavre: Quelle fatalité! mon père et mon oncle se » sont tués, mon fils les imite, et moi-même j'ai eu vingt fois la » pensée de me jeter dans la Seine pendant mon voyage. Un sem- » blable aveu m'a été fait par un jeune officier qui venait voir son » frère atteint de mélancolie avec dégoût de la vie (1). »

Sur vingt exemples de suicide rapportés en détail par M. Falret, cinq fois l'influence héréditaire fut reconnue. L'observation troisième est fort remarquable; elle a pour objet une famille entière de suicides. Le père était d'une humeur taciturne; il eut cinq fils. L'aîné se précipita d'un troisième étage à quarante ans, sans motif. Le deuxième eut des chagrins; il s'étrangla vers l'âge de trente-cinq ans. Le troisième se précipita par une fenêtre, disant qu'il voulait essayer de voler. Le quatrième tenta de se tuer par un coup de pistolet. Le cinquième et une sœur n'attentèrent point à leurs jours, mais un cousin

(1) Falret, *De l'hypochondrie et du suicide*. Paris, 1822, p. 6.

se jeta dans la rivière par un motif très léger. Le sujet de la quatrième observation avait plusieurs parents aliénés; il en est de même de celui de la dix-huitième. La personne qui fait le sujet de la dix-neuvième était issue d'une mère mélancolique. Dans la dix-septième, on reconnaît l'influence d'un état nerveux héréditaire.

M. Cazauvielh a fait le relevé de tous les cas de suicide qui de 1804 à 1833 eurent lieu dans une portion circonscrite du département de l'Oise. Il en a compté quatre-vingt-un, et l'influence héréditaire s'est montrée vingt-deux fois. Elle a paru neuf fois dans la ligne directe, sept fois entre frères, cinq fois entre oncle et neveu, une fois entre cousins (1). Quand il n'y avait pas eu d'autre suicide dans la famille, on trouvait dans les ascendants exaltation d'idées, passions vives, disposition à la fureur, à la manie, caractère bizarre, difficile, etc. (2).

Si à ces faits positifs on ajoute ceux antérieurement rapprochés par Gall et Spurzheim, par Esquirol, et ceux consignés dans les divers journaux, on conviendra que la monomanie suicide est de tous les genres de folie celui qui a le plus de tendance à se propager par voie d'hérédité spéciale. Je ferai remarquer en effet qu'ici ce n'est pas une disposition générale aux affections nerveuses, aux dérangements moraux, quels qu'ils soient, qui se transmet, mais une disposition déterminée relative à un désir particulier. Ce mode d'hérédité présente donc un caractère très distinct.

Les observations de M. Cazauvielh ont été faites loin d'une grande ville. Le suicide est donc aussi l'un des fléaux des campagnes. Zimmermann rapporte qu'il existe en Suisse un village où il n'y a pas une famille dont quelque membre ne se soit volontairement tué (3).

(1) *Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes, comparés dans leurs rapports réciproques.* 1840, p. 5.

(2) *Ibidem*, p. 20.

(3) Falret, *loc. cit.*, p. 29.

L'influence de l'exemple, la tendance à l'imitation, sont ici pour beaucoup : c'est ce qui explique comment on voit par temps les suicides se multiplier.

Ce n'est pas seulement sur les jeunes imaginations qu'agit cette funeste influence. Parvenu à un âge fort avancé, Barthez, dans un de ces accès de chagrin et de mélancolie irascible qui lui étaient assez familiers, s'en veut de ne pas avoir la force d'imiter son père, qui, à l'âge de quatre-vingt-dix ans, se laissa mourir de faim.

Il semble qu'à certaines époques de la vie la tendance au suicide soit plus violente. Deux frères jumeaux, dont parle Rush, se tuèrent presque en même temps; ils ne purent s'y exciter mutuellement: ils n'habitaient pas le même lieu (1). « J'ai connu, » dit l'auteur d'un fragment sur le suicide lu dans la séance de l'Académie de médecine du 29 août 1837, « une famille dont » tous les membres parvenus à un certain âge concevaient une » invincible horreur pour la vie et s'en délivraient avec joie. Ici » l'entendement n'était pas surpris, il avait une perception fort » nette du penchant fatal; mais loin de chercher à le combattre, » l'entendement chez ces malheureux épuisait son industrie à » leur suggérer des ruses pour cacher leur dessein et des res- » sources pour le consommer (2). »

Le docteur Krugelstein, d'Ohrdruff, en Saxe, pense que la disposition au suicide se propage surtout avec facilité de la mère aux enfants. Il a connu une famille où, dans l'espace de quinze mois, la mère et les deux fils s'arrachèrent la vie; le suicide y était héréditaire du côté des femmes; la grand'mère des deux jeunes gens et l'une de ses parentes en avaient été aussi victimes (3).

II. Je rapproche de ce délire de l'amour de soi une autre aber-

(1) *Gazette médicale*, 1837, p. 559.
(2) Falret, p. 7.
(3) *Mémoire sur le suicide. — Ann. d'hyg. publiq.*, t. XXV, p. 176.

ration mentale qui porte à s'infliger des punitions, des privations sans motif, à se meurtrir, se blesser, s'enfoncer dans les diverses parties du corps ou avaler des épingles ou des aiguilles. Les exemples de ce dernier genre de monomanie ne sont pas rares. Doison (1), Dubois (2), Boucher (3), Fryer de Stamfort (4), Villars (5), Sylvy (6), Herhold (7), Magistel (8), en ont rapporté.

Les personnes chez lesquelles ces faits ont été recueillis appartenaient au sexe féminin, étaient ou somnambules ou hystériques, ou même atteintes d'aliénation mentale. Quelques unes avouaient qu'elles introduisaient les aiguilles directement en traversant la peau. Les autres faisaient croire qu'elles les avalaient. Cependant presque tous ces corps étrangers sortaient par le côté gauche, ce qui prouverait que la main droite les avait enfoncés. Les organes intérieurs ne manifestaient aucune lésion. Je sais très bien que des aiguilles, des épingles avalées sont sorties sans accident, par diverses parties de la périphérie. J'ai moi-même, l'an dernier, extrait, chez une femme, de la paroi antérieure de l'abdomen, un fragment d'aiguille. Mais ce qui est possible pour un ou deux de ces petits corps, ne l'est guère pour des centaines, ou ne saurait l'être sans danger.

Je n'insisterai pas plus longtemps sur cette variété de la monomanie, qui n'a pas paru être héréditaire.

III. Une aberration inverse de la précédente consiste en des erreurs du sentiment telles que l'on croit avoir des maux qu'on n'a pas, sentir ce qu'on ne saurait éprouver. C'est un des élé-

(1) *Mémoire d'une Société célèbre*, t. III, p. 410.
(2) *Ibidem*, p. 417.
(3) *Ancien Journal de médecine*, t. VI, p. 163.
(4) *Medical facts*, t. VII, p. 86.
(5) Article *Corps étrangers* du *Dictionnaire des sciences médicales*, par Breschet, t. VII, p. 66.
(6) *Mémoire de la Soc. méd. d'émul.*, t. V, p. 181.
(7) *Bulletin de la Soc. méd. d'émul.*, 1823, p. 624. — *Nouvelle biblioth. médicale*, t. IV, p. 47 (Otto). — *Bulletin de Férussac* (sciences méd.), t. VII, p. 258.
(8) *Journal général de médecine*, t. XXII, p. 314.

ments essentiels de l'hypochondrie, maladie sur laquelle je reviendrai ailleurs. D'autres fois cette monomanie ne consiste pas seulement à se regarder comme malade, mais à se croire mort. C'est la perte du sentiment du moi. M. Foville en a cité un exemple (1). On dit que le célèbre J.-L. Baudelocque, dans les derniers temps de sa vie, n'avait pas la conscience de son être, ne croyait plus à son existence (2).

IV. La *monomanie homicide* a été le sujet et l'occasion principale de la différence indiquée précédemment entre celle qui tient à un vice du jugement et celle qui résulte d'une impulsion instinctive.

On a vu des causes physiques, par exemple la présence des vers dans les intestins, produire ce funeste désir de répandre le sang (3). L'état puerpéral a eu des effets semblables (4). Le besoin de tuer est quelquefois irrésistible. Un homme convaincu d'homicide, mais acquitté parce qu'il fut jugé aliéné, était renfermé et surveillé avec soin. Un jour, il s'échappa et alla tuer un autre prisonnier qu'il ne connaissait pas (5).

La disposition au meurtre n'aurait-elle pas quelque rapport avec la tendance naturelle, le besoin du moral humain d'éprouver de fortes émotions? Ne voit-on pas accourir aux représentations d'événements tragiques, de drames sanglants, de catastrophes épouvantables, avec d'autant plus d'enthousiasme qu'elles se rapprochent davantage de la réalité? Les anciens ne venaient-ils pas en foule voir des hommes aux prises avec les bêtes féroces, ou s'entr'égorger dans le cirque? Les Anglais, qui pourtant se piquent de philanthropie, n'assistent-ils pas avec bonheur à ces combats humains où se commettent de véritables

(1) *Journal des progrès*, t. XVI, p. 241.

(2) *Ibid.*, t. X, p. 87.

(3) Observ. par Fourcau de Beauregard, *Revue médicale*, 1835, t. II, p. 249. La guérison suivit l'emploi des vermifuges.

(4) Observ d'Outrepont, *Journal des progrès*, t. VII, p 252.

(5) *Edinb. Journal*, t. IV, p. 131.

homicides? Dans tous les pays, le peuple, au lieu de déserter la place où la main du bourreau va répandre le sang d'un frère, ne se presse-t-il pas avec une joie sauvage, avec une curiosité féroce, au pied de l'échafaud? Ce besoin d'être vivement impressionné, d'être vivement ému, porté à une odieuse exagération, ne conduit-il pas à la monomanie homicide?

Cette monomanie peut avoir une cause héréditaire. Elle s'est montrée chez des individus dont les parents étaient aliénés. Esquirol en a cité des exemples (1). Le père de Papavoine avait été sujet à des aberrations mentales, à des accès de fureur (2). J'ai été consulté par la sœur du monomane qui mit fin d'une manière si déplorable aux jours de l'infortuné professeur Delpech. Elle est complétement aliénée. Sa mère l'était aussi. Elle a deux enfants pour le moral desquels on a de vives craintes.

V. La *pyromanie*, ou monomanie incendiaire, s'est manifestée surtout chez des jeunes filles (3); c'était encore une dépravation instinctive. Je n'ai rien trouvé dans les faits qu'on a cités qui soit relatif à l'hérédité.

Il me semble qu'on peut placer ici cette tendance à la destruction, qui est si commune chez les enfants. Avec quel plaisir ils coupent, cassent tout ce qui tombe entre leurs mains, déchirent leurs vêtements, brisent leurs jouets! Savary rapporte l'exemple d'un enfant qui était quelquefois pris de l'envie de jeter ou détruire son joujou; il devenait triste s'il en était empêché (4). J'ai vu autrefois une petite fille chez laquelle ce besoin de destruction était porté à un très haut degré; ses habillements, les rideaux, le linge de table, les robes de sa mère, surtout celles de prix tombaient en lambeaux sous ses mains agiles. On était obligé d'enfermer ses membres supérieurs dans des espèces de

(1) *Des maladies mentales*, t. II, p. 106, 126, 821.

(2) Georget, *Arch. de médec.*, t. VIII, p. 206.

(3) Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions judiciaires.* Paris, 1840, t. II, p. 304 et suiv.

(4) *Journal de médecine* de Corvisart, Leroux et Boyer, t. XV, p. 246.

fourreaux de carton, et en classe on l'éloignait de ses compagnes. Je ne sais ce qu'elle est devenue; son père était un vieux chirurgien plein de sens. Sa mère, grande, maigre, mélancolique, fuyant la société, passait pour avoir une dévotion outrée.

VI. L'*érotomanie* ou *utéromanie* est un délire de l'intellect ou le résultat d'un besoin instinctif impérieux. L'utérus influence ou est influencé. On voit cette monomanie survenir chez des personnes bien nées, parfaitement élevées, qui oublient leurs devoirs et toutes les convenances pour se livrer au libertinage (1).

Ce besoin tient quelquefois à des dispositions générales de l'organisme, à un état de pléthore. Une jeune femme, séparée de son mari par incompatibilité de caractère, d'un tempérament sanguin, ayant de l'embonpoint, est prise plusieurs fois par an d'érotomanie. Dès son enfance elle s'était sentie de l'inclination pour un maître de pension, assez bel homme, auquel elle n'a peut-être jamais parlé. Dans ses accès, cet homme est toujours présent à sa pensée, son nom à tout moment prononcé; en outre, elle provoque le premier venu; elle tient des discours incohérents, mais qui toujours ont pour objet d'exprimer les besoins de son tempérament. Alors la face est animée, l'œil vif; il y a de la céphalalgie, de la chaleur à la tête, de l'insomnie, de l'agitation, un grand besoin de mouvement. On lui fait une ou deux saignées; bientôt on la retrouve avec la plénitude de sa raison. Le père, qui n'est pas pléthorique, a continué jusqu'à un âge avancé les rapprochements sexuels; un frère a eu maintes fois la syphilis, sans que la crainte de cette maladie ait pu mettre un frein à ses passions.

VII. On peut nommer *œnomanie* le désir effréné de boire des liqueurs spiritueuses. Cette monomanie ne produit pas seulement de funestes effets chez l'individu qui cède à cet ignoble penchant; les maladies qu'elle occasionne se transmettent, selon Darwin, des pères à leurs enfants jusqu'à la troisième généra-

(1) M. H. Bayard, *Ann. d'hyg. publiq.*, t. XVIII, p. 416.

tion. Le docteur Roesch a vu chez des enfants de buveurs une grande disposition aux maladies nerveuses et aux aberrations des facultés intellectuelles. Il a connu un musicien adonné à la boisson, qui, sur quatorze enfants, en perdit huit en bas âge, en eut quatre idiots et un épileptique (1). Mason Cox et Friedrich avaient également remarqué que les enfants des ivrognes étaient disposés à la folie et à l'idiotisme.

L'œnomanie est elle-même héréditaire; Bruhl-Cramer, qui a fait en Russie de nombreuses observations, a vu que les enfants d'un père buveur étaient très souvent atteints de ce vice, même lorsqu'après la mort de celui-ci ils étaient placés dans un hospice, et conséquemment soustraits à la puissance de l'exemple.

VIII. Je ne dirai que quelques mots de la *zoomanie*, sorte de mélancolie dans laquelle on se croit transformé en différents animaux. Les filles du roi Prœtus se croyaient changées en vaches (2). Nabuchodonosor paissait l'herbe des champs. L'un des fils du grand Condé aboyait comme un chien; d'autres hurlent comme des loups, etc. (3); il en est qui sont persuadés d'avoir dans le ventre des araignées, des grenouilles, des serpents, des lézards. Je rapporterai plus loin un exemple de ce genre de monomanie. J'ai vu en consultation un homme d'esprit, ancien notaire, qui s'imaginait avoir été touché par un chien enragé et était dans la crainte perpétuelle de devenir enragé; les raisonnements, les faits connus, rien ne pouvait le détromper. La vue d'un chien lui causait un effroi indicible. Ces différents faits sont étrangers à la question de l'hérédité de la monomanie.

IX. Il n'en est pas entièrement de même à l'égard de la *théomanie*. En 1685, un habitant de Harlem, âgé de quarante ans, se crut le Messie. Sa mère avait été sujette à des égarements

(1) *Annales d'hyg. publiq.*, t. XX, p. 88.
(2) Prætides implerunt falsis mugitibus agros.
(3) Pinel, *Aliénation mentale*, p. 115.

d'esprit, et sa sœur était aliénée (1). M. S., qui n'avait été rien moins que pieux, crut avoir des rapports directs avec Dieu; il annonça des miracles; on le mit à l'hospice des aliénés; il était d'ailleurs fort calme, parlant de sa femme, de ses enfants avec tendresse et lucidité. J'avais précédemment soigné ce particulier pour des douleurs vagues, nerveuses ou rhumatismales; les bains sulfureux lui avaient fait beaucoup de bien. Il m'avait paru toujours impressionnable; il était maigre, fort brun. Une de ses sœurs, également fort sensible, avait eu un cancer mammaire. Son frère aîné, grand, maigre, mélancolique, exerçant la profession d'avocat dans une petite ville, marié un peu tard, s'était trouvé, dès le jour de ses noces, frappé d'une impuissance absolue, sans cause matérielle appréciable.

Voilà deux faits qui prouveraient que la théomanie peut tenir à une disposition héréditaire, n'offrant, il est vrai, rien de spécial. Dans l'histoire de ce Vénitien qui se crucifia lui-même, et qui alla mourir phthisique à l'hôpital des fous (2), on ne voit rien qui ait rapport à l'hérédité.

X. Un caractère pusillanime, l'exaltation mentale, l'habitude de penser aux tourments des réprouvés, engendrent non seulement la crainte de devenir après la mort la proie des esprits infernaux, mais encore la conviction d'en être pendant la vie tourmenté. La *démonomanie* est assez rare de nos jours; en voici un exemple que je recueillis il y a vingt ans. On me conduisit auprès de la femme d'un cocher, qui avait assisté à quelques prédications chaleureuses; son imagination en avait été troublée. L'idée de l'enfer la poursuivait; elle devint de plus en plus sombre, et tomba dans un état nerveux assez violent, s'exaspérant par accès: voici le tableau d'un de ces accès. En entrant dans la chambre où était cette femme, j'entendis des espèces

(1) *Nouvelles de la république des lettres*, 1685, art. vij. — *Collection académique*, partie étrangère, t. VII, p. 400.

(2) César Ruggieri, *Bullet. des sciences médic.*, 1811, t. VIII, p. 1. — Esquirol, *Des maladies mentales*, t. I, p. 545.

de vociférations, des cris rauques, qui ne ressemblaient pas mal au grognement d'un pourceau qu'on irrite. La malade qui poussait ces cris était assise sur une chaise, avait la tête renversée en arrière, le cou gonflé, le visage altéré, contracté, les yeux hagards et non parallèles. Les membres, agités de mouvements violents, étaient retenus par plusieurs personnes qui y employaient toute leur force. Je parvins à tâter le pouls, qui était fréquent, petit et serré; j'examinai l'iris; la pupille était contractée et immobile. La peau était chaude et couverte de moiteur; les espèces de hurlements ou de grognements qui m'avaient d'abord frappé étaient de temps en temps interrompues par des paroles prononcés brusquement, avec une voix mâle, forte et rauque. Il s'agissait de reproches, de questions qui avaient la religion pour objet. Peu à peu les inspirations et les expirations se calmaient, et la voix reprenant un timbre plus doux, un intonation féminine et basse donnait une réponse très courte et ordinairement évasive; on eût dit que deux personnes parlaient alternativement. J'étais à côté d'un ecclésiastique; la position de la malade ne lui permettait pas de nous distinguer; je lui touchais la main, elle ne paraissait pas s'en apercevoir. Si c'était le prêtre, son agitation redoublait. On crut à une possession; on exorcisa cette malheureuse pendant plusieurs mois; chaque fois, l'appareil de la cérémonie provoquait de violentes convulsions. Enfin on eut le bon esprit de la laisser tranquille, et en peu de jours elle guérit. J'ai revu, plusieurs fois depuis, cette femme, qui est pâle, maigre, de taille ordinaire, plutôt triste que gaie, mais dont le moral est fort calme. J'ignore quelle était la santé de ses parents. Ses enfants sont très bien portants.

Esquirol croit que la démonomanie doit avoir été souvent héréditaire, puisqu'il était jadis fait mention de familles vouées au diable pendant plusieurs générations (1).

Il résulte de l'examen qui précède que les diverses espèces de

(1) *Des maladies mentales*, t. I, p. 482.

monomanie ne sont pas également soumises à l'influence de l'hérédité. La monomanie suicide tient le premier rang; viennent ensuite la monomanie homicide, l'œnomanie, la théomanie, la démonomanie; enfin, la pyromanie, la zoomanie, etc., n'en ont pas offert d'exemple.

Chorémanie.

On a improprement appelé chorée épidémique une maladie qui, s'emparant d'un certain nombre d'individus à la fois, les obligeait à courir, sauter et danser. Cette affection est très distincte de la chorée, et doit recevoir un nom particulier. J'adopte celui de chorémanie (1).

Sous ce nom je désigne un état complexe dans lequel une stimulation cérébrale vive produit sur le système musculaire une excitation d'où résultent des mouvements singuliers, convulsifs, des contorsions variées, des sauts extraordinaires, des danses plus ou moins grotesques et bizarres.

Cette affection se rapproche des deux dernières monomanies, en ce qu'elle se développe fréquemment sous l'impression des idées religieuses. Elle se rattache aux spasmes et aux convulsions à cause des contractions énergiques et involontaires qu'elle suscite. L'exaltation mentale, le trouble de l'imagination, la force d'imitation, un besoin irrésistible de mouvement, quelquefois une excitation génitale et une sorte d'état hystérique, ont concouru à la production des phénomènes de la chorémanie.

Cette maladie est épidémique ou sporadique.

I. Les épidémies de chorémanie sont assez remarquables. Hecker en a fait connaître quelques unes (2).

1° On avait vu, en 1021 à Bernbourg, en 1237 à Erfurt, en 1278 à Utrecht, des danses publiques (3). Mais ce fut surtout en

(1) Choreomania.

(2) *Mémoire sur la chorée épidémique du moyen-âge. — Annales d'hygiène publiq.*, t. XII, p. 312.

(3) *Ibidem*, p. 322.

1374 qu'éclata, à Aix-la-Chapelle, un délire qui poussait beaucoup d'hommes et de femmes à faire des sauts, à hurler, courir, etc. Cette sorte de folie gagna les Pays-Bas et s'étendit jusqu'à Cologne et Metz. Pendant leurs danses, ces individus avaient des apparitions, se montraient sensibles à la musique et à la vue de telle ou telle couleur. Leur ventre souvent se ballonnait et pouvait être impunément frappé à grands coups de poing et de pied. Cette épidémie fut nommée danse de Saint-Jean, parce qu'elle commença à la fête de ce saint. Elle fut attribuée à l'action des démons, et devint le prétexte de nombreux exorcismes.

2° En 1418, débuta à Strasbourg une épidémie à peu près pareille. Les personnes qu'elle atteignit allèrent, cornemuse en tête, dans les chapelles de Saint-Guy, à Zabern et à Rotestein, où des cérémonies religieuses ramenèrent le calme. Ces scènes tumultueuses se répétèrent plusieurs années; et même du temps de G. Horst, en 1623, des femmes se rendaient encore en pèlerinage à la chapelle de Saint-Guy dans le district d'Ulm (1).

3° Dans la Pouille, à la fin du XIV^e^ siècle et dans les deux suivants, une autre danse se montra. Elle fut attribuée à la piqûre de la tarentule. On a justement élevé des doutes sur cette cause, bien que la blessure faite par cette araignée produise des symptômes nerveux intenses (2).

4° En Abyssinie parut une maladie analogue, observée par Pearce; elle était également traitée par la musique (3).

5° En 1630, la ville de Loudun fut témoin et d'attaques convulsives d'un caractère plus sérieux, et de la condamnation déplorable dont elles furent l'occasion.

6° En 1731, les prétendus miracles qui s'opéraient sur le tombeau du diacre Pâris dégénéraient en états convulsifs, en spasmes violents, avec concentration de la sensibilité, exaltation mentale, etc.

(1) Hecker, *loc. cit.*, p. 263.
(2) Observ. de Spizini, *Archives de médecine*, t. XVII, p. 273.
(3) Hecker, *loc. cit.*

7° En 1737, dans le Forfarshire, au nord de l'Écosse, se manifesta une épidémie qu'on nomma fièvre sautante; les principaux symptômes étaient la céphalalgie, des douleurs le long du rachis, des convulsions, des danses et contorsions variées, des sauts et des bonds très élevés, des courses rapides, exécutées avec une grande agilité jusqu'à l'épuisement des forces. Les sens étaient très actifs; un léger bruit provoquait le retour des attaques, qui se manifestaient surtout chez les jeunes sujets.

On attribua cette maladie tantôt aux vers, tantôt à une excitation nerveuse. Les cas de manie et d'épilepsie étaient rares dans le pays (1).

8° En 1742, dans le comté de Cornouailles, dans une chapelle de méthodistes de Weslay, par suite d'enthousiasme religieux, surgit une autre épidémie dont voici les principaux phénomènes: sentiment de défaillance, pesanteur précordiale, cris, fixité des yeux, qui étaient étincelants, contorsions des traits du visage, contractions des membres, agitation générale, sorte de hoquet, gesticulations variées, par exemple mouvements du corps en avant et en arrière à la manière des scieurs de long, face rouge, respiration gênée, bâillements, etc. La durée de l'accès durait dix-sept à dix-huit heures, puis survenait l'affaissement. Plusieurs individus passaient deux et trois jours et nuits dans les chapelles sans nourriture et sans sommeil. Cette épidémie s'étendit à 4,000 individus (2).

9° En 1760 fut fondée en Cornouailles la secte des Jumpers ou Sauteurs, fraction de celle des Méthodistes. On entrait en extase pendant les cérémonies religieuses, puis on se mettait à sauter, à faire des gestes bizarres et répétés avec les plus grands efforts jusqu'au moment où la fatigue obligeait à les suspendre (3).

(1) *Edinburgh med. and surg. Journal*, t. III, p. 434.

(2) *Edinb. med. and surg. Journal*, t. III, p. 441. — Et *Hist. d'une épid. convuls.*, par James Cornish, traduit du *Journal de Rothwyll*, dans le *Journal de Hufeland*, t. XXX, p. 51.

(3) Hecker, *loc. cit.*, p. 388.

10° En 1774, dans le tecritoire de Zetland (Écosse) se montra, surtout parmi les jeunes femmes, une maladie convulsive commençant en été, dans les églises, par des palpitations de cœur, des évanouissements, puis déterminant des mouvements spasmodiques des bras, de la tête, et des cris; les yeux étaient fixes et hagards. L'accès passé, la santé paraissait bonne. Une femme atteinte de cette maladie s'étant prise de querelle avec un vigoureux adversaire, celui-ci la jeta dans un fossé plein d'eau; elle guérit immédiatement. La crainte d'un pareil traitement eut un plein succès (1).

11° En 1796, dans l'île d'Anglesey, vingt-trois filles ou femmes de dix à vingt-cinq ans, et un garçon de dix-sept ans, furent pris de céphalalgie, douleur d'estomac, agitation choréiforme, convulsion des membres supérieurs, hoquet, etc. Cette affection, observée par Griffith, fut heureusement traitée par Haygarth, au moyen des antispasmodiques et de l'isolement des malades (2).

12° A la fin de l'été de l'année 1803, parut dans l'état de Tennessée (États-Unis d'Amérique), une maladie épidémique, provoquée par l'exaltation religieuse de la secte presbytérienne des puritains. Cette maladie fut regardée comme une pieuse visitation de la divinité. Elle attaqua surtout les personnes du sexe; mais les hommes robustes, les enfants et les vieillards n'en furent pas exempts. Les accès présentaient des variétés. Ils commençaient par des tremblements, la dyspnée, des soupirs profonds et bruyants, des cris plaintifs; c'étaient ensuite des sauts perpendiculaires très élevés, une danse avec rigidité des membres inférieurs et renversement de la tête en arrière, course rapide, les yeux fermés, jusqu'à ce que l'individu, exténué de fatigue, tombât pour se relever bientôt avec un calme parfait. Chez quelques uns, l'attaque se manifestait par une telle immo-

(1) *Edinb. med. and surg. Journal*, t. III, p. 436.
(2) *Ibidem*, p. 440. — *Biblioth. german.*, t. IV, p. 295.

bilité que la respiration elle-même devenait imperceptible (1).

Je ne donne qu'un simple aperçu de ces diverses épidémies; je crains d'entrer dans des détails historiques étrangers à mon sujet. Il est facile de saisir les caractères essentiels de ces chorémanies. Dans toutes on reconnaît les effets d'une surexcitation nerveuse causée par l'exaltation excessive du moral, déterminant des réactions fortes sur le système musculaire. Ces réactions ne consistent pas seulement en des convulsions, mais en des mouvements insolites, involontaires, des contorsions bizarres, parfois en des actes qui, commencés avec le consentement du moi, continuaient et s'achevaient malgré les résistances de la volonté.

La chorémanie épidémique a été regardée dans le Forfarshire comme transmissible des parents aux enfants. Voici comment s'exprime l'historien :

« Cette maladie n'est particulière à aucun âge, à aucun sexe, à aucune condition déterminée de la vie, mais elle est fréquente avant la puberté. Dans quelques familles elle semble héréditaire; et j'ai ouï dire qu'il y avait des maisons où un cheval était toujours sellé et bridé, pour qu'on pût courir après les jeunes personnes qui, prises inopinément par l'attaque, s'échappaient et fuyaient avec vitesse (2). »

II. Il est un certain nombre de faits de chorémanie sporadique auxquels le moral ne paraît pas avoir pris une part active, comme dans les épidémies que je viens de citer. Rosinus Lentilius rapporte l'exemple d'un frère et d'une sœur, âgés, l'un de dix et l'autre de douze ans, ayant eu une rougeole légère, qui furent agités par des convulsions singulières, des tremblements, des contorsions, des sauts et des bonds, qui criaient, chan-

(1) Account of a singular convulsive affection, which prevails in the state of Tennessee, and in other parts of the United-States, by Felix Robertson, M. D. of Nashville, in Tennessee *The Philadelphia med. and phys. Journal.* 1805, part. j, vol. ij, p. 86.

(2) *Edinb. med. and surg. Journal*, t. III, p. 435.

taient, sifflaient, poussaient des éclats de rire, etc. — Ils guérirent (1).

A Bergarran, dans le Reinfrewshire, une fille de onze ans eut des attaques violentes de danse, sauts, course, cris, syncopes, depuis le mois d'août 1696 jusqu'à la fin de mars suivant (2).

A Édimbourg, une jeune fille, mendiante, avait des convulsions du diaphragme et des muscles abdominaux, une sorte de hoquet, des efforts de vomissement, puis des contractions des muscles des membres; elle bondissait sur son lit, tournait sur son axe, etc. Elle fit une chute sur la tête, et mourut. L'examen cadavérique ne fit rien découvrir qui pût expliquer la nature de sa maladie (3).

Le docteur Kinder Wood a rapporté un autre exemple assez curieux. Une femme, âgée de vingt-deux ans, mère de deux enfants, nourrissant encore le plus jeune, s'étant exposée à des alternatives de chaud et de froid humide, eut une douleur dans le côté droit de la face, une sensation singulière des yeux, des mouvements involontaires des paupières, puis des membres droits, puis des membres des deux côtés, plus tard du tronc. Les mains frappaient sur les cuisses, et les pieds sur le sol; cette femme se mit à danser sur un pied, battant la mesure; ensuite vint une sorte de danse plus régulière, en suivant un air connu. Alors on chanta cet air, et elle le suivit; on eut un tambour et un fifre, la danse devint plus rapide et plus précise. Il est à noter que cette femme, avant sa maladie, n'avait jamais pu danser, même une simple contredanse. Pendant ses attaques, l'esprit était sain; et hors des attaques, les fonctions s'exécutaient bien, l'allaitement continuait. M. Wood les fit cesser en ordonnant de battre un roulement prolongé, au lieu des airs qui par leur régularité appelaient le retour des mêmes mouvements (4).

(1) *Eph. nat. cur.*, 1688, dec. 2, an 7, obs. 135.
(2) Watt, *Cases of periodical jactitation*, Medico-chir. Trans., t. V, p. 20.
(3) *Edinb. med. and surg. Journal*, t. III, p. 437.
(4) *Medico-chir. Transact.*, t. VII, p. 237.

A ces faits je dois ajouter le suivant :

M. L. A., âgé de vingt-quatre ans, de la Guadeloupe, vint en France en 1825, pour obtenir la guérison d'une maladie singulière à laquelle il était sujet depuis quatre ans; cette affection se manifestait par des attaques dont voici les principaux phénomènes: la veille et l'avant-veille, il survenait de la céphalalgie, les pieds se refroidissaient, les jambes étaient agitées d'une sorte de tremblement; quelquefois des douleurs parcouraient les lombes. L'attaque commençait par une roideur subite des membres, les convulsions se succédaient avec rapidité, le malade faisait des bonds extraordinaires, les forces étaient décuplées, dix hommes avaient de la peine à le contenir, puis les convulsions se calmaient. On observait un délire plutôt gai que triste, et rarement furieux. Le malade se plaignait de la tête, parlait avec volubilité, chantait, dansait, jouait de la flûte et même en jouait mieux que dans l'état ordinaire. Il conservait la mémoire des choses, mais il ne reconnaissait aucun des individus qui l'entouraient, pas même ses plus proches parents; il ne paraissait pas entendre. Dans cet état, le visage était animé, les yeux étaient ouverts et rouges, le regard fixe, les veines gonflées, le pouls très accéléré; quelquefois l'hypogastre était douloureux et l'excrétion de l'urine difficile. Il n'y eut jamais d'écume à la bouche.

Quand l'attaque cessait, le malade reprenait promptement connaissance; mais il restait triste, abattu et comme brisé.

La durée moyenne des attaques était de deux ou trois heures. Leurs intervalles variaient entre quinze jours et cinq à six mois. Elles étaient plus fréquentes dans les grandes chaleurs (1).

Ce jeune homme était sobre, de mœurs douces, d'une bonne constitution, de taille moyenne, issu d'un père blanc et bien portant, et d'une mère de couleur, sujette à des affections ner-

(1) Je reviendrai sur ce fait à l'occasion du traitement des maladies nerveuses.

veuses, et atteinte d'aliénation mentale par suite de suppression des lochies.

L'affection dont je viens de présenter les principaux traits n'était ni l'épilepsie, ni le simple somnambulisme, ni les convulsions ordinaires, encore moins la chorée. C'était un état complexe, dont l'irritation cérébrale formait l'élément principal, lequel pouvait avoir été transmis par voie d'hérédité.

Ce fait et l'épidémie du Forfarshire prouveraient que la chorémanie n'est pas étrangère à cette influence.

Somnambulisme.

Le somnambulisme a quelques rapports avec la chorémanie. Comme dans celle-ci, une puissance autre que le moi ordonne et règle les actes musculaires. Cet état est encore l'un des nombreux produits de la surexcitation nerveuse; il se manifeste chez les individus jeunes, plus souvent parmi les hommes que parmi les femmes. Ce sont surtout les personnes d'un tempérament nerveux qui y sont exposées : ainsi le jeune homme dont Bohn a donné l'histoire était d'un caractère inquiet et méditatif (1); le somnambule de Vigneul-Marville était mélancolique (2); le malade de Yeats, très intelligent, avait un mouvement fréquent des yeux, des sensations variées, était sujet à des spasmes, des vomissements, des flatuosités, etc. (3); la malade de M. Clavet était hystérique (4); la demoiselle observée par MM. Forget et Laurand avait une constitution délicate et un tempérament lymphatique et nerveux (5). J'ai été consulté, il y a longtemps, pour un enfant de onze ans, d'une faible complexion, ayant eu des ulcères scrofuleux aux jambes, doué d'une extrême sensibi-

(1) *Casus egri nectambulationis morbo laborantis resolutus.* Lipsi, 1711. — Ballon, *Disput. med.*, t. VII, p. 249.

(2) *Mél. d'hist. et de littér.*, t. II, p. 242.

(3) *Transactions médicales*, t. V, p. 444.

(4) *Arch. de médec.*, t. XXV, p, 269.

(5) *Ibid.*, t. XVIII, p. 89.

lité, de beaucoup d'intelligence; il avait eu des coliques suivies de convulsions; puis il était devenu somnambule. Je le vis dans une attaque. Il avait les yeux fermés, il parlait avec volubilité, récitait ses leçons, chantait les vêpres, sautait d'une chaise sur l'autre, marchait lestement, avait l'air de jouer; sa sensibilité, au lieu d'être émoussée, comme on eût pu le croire, était singulièrement exagérée. Si on voulait le toucher, même du bout du doigt et en quelque partie du corps que ce fût, il poussait des cris et s'agitait violemment. Je guéris cet enfant très vite et contre mon attente, par une simple potion opiacée. Il suffit de produire un sommeil plus profond, plus complet, pour prévenir le somnambulisme.

L'exemple le plus curieux de cette affection a été donné par M. Pochon. Le sujet était un de ses condisciples, avec lequel il avait d'étroits rapports d'amitié: pendant l'accès, ce jeune homme buvait, mangeait, parlait, suivait les visites de l'hôpital, allait aux leçons; en un mot, il agissait à peu près comme pendant l'état de veille. Réveillé, il ne se souvenait plus de ce qu'il avait fait, mais il pouvait se le rappeler dans l'accès suivant (1).

Il y avait donc chez ce somnambule comme deux personnes, l'une en relation avec le moi et ayant la conscience de ses actions, l'autre ne l'ayant point, ou l'ayant d'une manière différente et étangère au moi.

Ce fait m'en rappelle un fort extraordinaire qui se rattache à cette espèce de dualité morale; je l'ai lu dans le *New-York medical Repository*. Je ne peux que l'indiquer ici. Son exposition et les réflexions qu'il ferait naître m'entraîneraient trop loin.

L'élève en médecine, ami de M. le docteur Pochon, était somnambule dès sa première jeunesse; son père l'avait été aussi (2). Willis a connu une famille dans laquelle le père et les

(1) *Arch. de médec.*, t. XIV, p. 533.

(2) *Ibid., loc. cit.*, p. 539.

enfants étaient tous somnambules (1). Horstius parle de trois frères qui l'étaient à la même époque (2).

Ainsi le somnambulisme peut être placé au rang des maladies héréditaires.

Catalepsie.

Dans la catalepsie, il y a concentration des forces nerveuses, immobilité, mais persistance de la contraction; la situation est rendue fixe, non par l'intervention d'une propriété spéciale, comme le voulait Barthez, mais par un mode soutenu d'exercice de la myotilité, indépendant de la volonté.

La catalepsie affecte les individus nerveux, irritables, les femmes hystériques, etc.; aucun fait ne prouve qu'elle soit héréditaire. Fabri, qui a donné une excellente monographie de cette maladie, ne mentionne même pas ce genre de causes (3). Mais l'hérédité pourrait avoir une influence indirecte, c'est-à-dire disposer à la catalepsie par la transmission du tempérament ou de l'idyosyncrasie susceptible d'en favoriser le développement.

Chorée.

La chorée est l'inverse de la catalepsie. Elle est caractérisée par l'instabilité musculaire.

Si l'on ne considérait que l'état de faiblesse auquel les malades semblent réduits, la semi-paralysie de leurs membres, le désordre de leurs mouvements, l'impuissance de leur volonté, le peu d'activité de leurs sens et de leur intellect, on serait tenté de reléguer, avec plusieurs auteurs, la chorée parmi les asthénies, ou tout au moins parmi les ataxies exemptes d'hypersthénies.

Cependant, si l'on réfléchit à l'âge des malades, à leur constitution souvent assez forte, à l'absence des causes débilitantes,

(1) *De anima brutorum*, pars 1, cap. XVI, p. 66.

(2) De natura differ. et causis eorum qui dormientes ambulant, etc. Lipsæ, 1593.— Haller, *Biblioth. médico-pratica*, t. II, p. 216.

(3) *De catalepsi*, Halæ, 1780.

à la persévérance, à la multiplicité, à l'activité extraordinaire des mouvements, aux marques fréquentes d'excitation cérébrale et de pléthore céphalique, on est obligé d'admettre un surcroît d'irritabilité, plutôt qu'un état de faiblesse du système nerveux.

La chorée a été rarement héréditaire. J'ai attentivement compulsé un grand nombre d'observations, et je n'y ai rien trouvé qui eût trait à cette prédisposition. Voici les seuls cas dans lesquels elle se soit montrée.

Desperrières soigna successivement deux sœurs de cette maladie; leur mère avait eu longtemps des maux de nerfs (1).

Dorfmuller l'observa chez deux sœurs; le père en avait été atteint (2).

Mongenot la traita à l'hospice des enfants malades chez un garçon âgé de six ans, d'une constitution grêle et d'un caractère irascible; sa mère, très nerveuse, en avait été elle-même atteinte dans son enfance (3).

Richelmi la vit chez un jeune homme de seize ans, appartenant à une famille dans laquelle les affections nerveuses étaient habituelles (4).

Dans ces dernières années, quelques exemples d'hérédité de la chorée ont été recueillis par MM. Coste (5), Young, Constant (6) et Rufz (7). Le docteur Elliotson, dans ses *Leçons cliniques*, a mentionné une forme de danse de saint Guy partielle et très opiniâtre, qu'il dit être souvent héréditaire (8).

C'est là, je crois, à peu près tout ce que la science possède sur ce sujet, et c'est peu, vu le nombre considérable des faits

(1) *Hist. de la Soc. roy. de méd.*, t. V, p. 251.
(2) *Journal d'Hufeland.* — Jos. Frank, *Praxeos*, t. IV, p. 255.
(3) *Annuaire des Hôpitaux* de Paris, in-4, p. 523.
(4) *Journal clinique de Montpellier*, t. XXIX, p. 314.
(5) Thèse, 1817.
(6) Thèse de Dufossé, 1836, p. 11.
(7) *Archives de médec.*, 1834.
(8) *Lancette franç.*, 1833, p. 72.

publiés sur la chorée. Dans ceux que j'ai observés moi-même, je n'ai reconnu aucune disposition originelle; s'il y eût eu quelque chose d'analogue dans les familles, j'en aurais été prévenu. A l'apparition de la maladie, à la bizarrerie des gestes qu'elle provoquait, les parents étaient consternés, et s'ils eussent été déjà témoins ou atteints eux-mêmes d'un état pareil si facile à reconnaître, leur étonnement et leur inquiétude eussent certainement été moindres.

Si je ne peux offrir pour mon propre compte que des résultats négatifs quant à la question qui m'occupe, j'aurai, sous un autre point de vue, une remarque assez importante à présenter. La chorée m'a paru avoir une durée moins incertaine qu'on ne le croit généralement. Une observation souvent répétée m'a appris que cette maladie, abandonnée à sa marche naturelle, décroît et cesse du soixante-dixième au quatre-vingtième jour, à moins qu'un traitement perturbateur ou des circonstances hygiéniques défavorables n'aient de bonne heure aggravé son intensité ou fait naître de fâcheuses complications; ainsi s'expliquent les succès attribués à des moyens si disparates, si opposés, si actifs ou si inertes, successivement prônés contre cette affection. Le dernier employé a toujours semblé plus efficace. Conseillé plus tôt, il n'eût rien fait. Je ne conteste pas toutefois la possibilité, en certains cas, d'abréger un peu la durée de la chorée. J'ai usé des bains sulfureux avec avantage; mais les remèdes qui n'amèneront pas la terminaison avant l'époque précisée seront à mes yeux sans utilité.

Convulsions.

Les convulsions sont les effets et les indices d'une souffrance du système nerveux; ce sont des réactions plus ou moins violentes que suscite une irritation idiopathique ou sympathique de l'encéphale; ce sont les conséquences d'une surexcitation dont le point de départ varie, mais qui aboutit d'abord à l'axe cérébro-spinal. Ce dernier est l'intermédiaire obligé entre le lieu

gées de le renfermer. Il y avait là une véritable hypertrophie. Dans le cas précédent, les apparences de l'hypertrophie résultaient d'une turgescence vasculaire, d'une subite expansion des tissus, expansion qui s'était opérée sous l'influence d'une excitation vive, d'une hypersthénie nerveuse.

On ne saurait douter de l'influence nerveuse comme cause productrice des convulsions, lorsqu'on voit celles-ci se propager par voie d'imitation, se développer par suite d'une vive affection de l'âme, ou résulter de l'effet sympathique d'une irritation gastrique ou intestinale.

Les convulsions peuvent donc dépendre d'une stimulation purement vitale, d'une surexcitation nerveuse et cérébrale. Jusqu'à quel point sont-elles héréditaires?

Il est peu de médecins qui n'aient vu, et moi-même j'ai souvent observé, des convulsions chez les enfants délicats, impressionnables, mobiles, nés de parents très sensibles et sujets à des maux analogues. Les faits sont trop nombreux, trop uniformes, trop peu remarquables pour avoir besoin d'être rapportés. Je me bornerai à citer quelques cas dignes d'attention et mentionnés par des observateurs recommandables.

Lorry s'exprime ainsi à ce sujet :

« Novi universam prosapiam hominum et opulentiâ et probitate illustrium in quâ et pater et mater et omnes liberi, tum mares tum fœminæ lævissima de causâ in convulsiones rapiuntur, ita ut aut imitatione duci, aut uniformitate miseriæ non secerni credas causa ab ipsa nativa structura repetenda, cum certe aliter mares, aliter fœminæ educatæ fuerint; at adest semper causa aliqua determinans, ita ut si summam animi aut corporis quietem impossibilem certe illam supponas, nunquam convulsionibus tentabuntur (1). »

Baumes connaissait une dame dont les bras étaient agités de mouvements convulsifs à l'approche des règles, et qui transmit

(1) Lorry, *De melancholia*, t. I, p. 172. — De convulsionibus nervœæ melancholiæ.

ces maux périodiques à une fille qu'elle allaitait, et qui mourut pendant la dentition dans des attaques d'éclampsie (1).

Les convulsions qui se manifestent chez les femmes enceintes sont la conséquence ordinaire d'une constitution nerveuse irritable, d'une affection morale (2). Elles peuvent aussi dépendre d'une cause héréditaire. Reichel rapporte l'observation d'une femme qui eut au dernier mois de sa grossesse des convulsions; sa mère, qui était hystérique, en avait eu des atteintes réitérées pendant qu'elle la portait (3).

Convulsions et trismus des nouveaux-nés.

En divers climats, sous des latitudes très différentes, en Islande (4), en Irlande (5), en Allemagne (6), en Suisse (7), à Saint-Domingue (8), et surtout dans les régions équatoriales, on a remarqué, chez les nouveaux-nés, dans les neuf premiers jours selon Fourcroy et Clarke, du troisième au douzième jour suivant Hofer, du cinquième au septième d'après Matuszynski, une contraction violente des muscles des mâchoires, s'étendant au tronc et aux membres et se terminant le plus souvent par la mort, en trente ou quarante heures.

Clarke a montré l'analogie qui existe entre les faits observés dans ces différentes contrées. A. Dugès, dans un mémoire lu à l'Académie, *De l'éclampsie des jeunes enfants*, en a soutenu l'identité (9).

(1) *Traité des convulsions.* Paris, 1805, p. 7.

(2) Hamilton, *Annals of medec.*, t. V, p. 328 et 331. — Capuron, *Journ. hebdomad.*, t. II, p. 265 et 304.

(3) Obs. de morte fœtus ex vehementissimis gravidæ convulsionibus cum plena sensuum abolitione salva matre. Auct. J.-J. Reichel. — Ludwig, *adversaria*, t. III, p. 369.

(4) Scheel, *Journal* de Corvisart, Leroux et Boyer, t. XVIII, p. 46.

(5) Clarke, *Medical fact.*, t. III, p. 95.

(6) Observation recueillie à Stuttgard par le docteur Matuszynski. — *Gazette méd.*, 1837, p. 328.

(7) Hofer, De tetano maxillæ inferioris in infantibus. — *Acta helvetica*, t. I, p. 64.

(8) Fourcroy, *Les enfants élevés dans l'ordre de la nature*, etc.

(9) *Mém. de l'Acad. royale de Médecine.* Paris, 1833, t. III, p. 303 et suiv.

Colles a cru que la cause la plus ordinaire du trismus des nouveaux-nés était une inflammation du cordon ombilical (1). Combattue par Labatt (2), cette hypothèse a été reprise par M. Matuszynski qui assimile le trismus des enfants au tétanos traumatique. Mais, qui n'a vu la cicatrice du cordon rouge et tuméfiée sans qu'il en soit résulté le moindre accident? En France, le trismus des nouveaux-nés est fort rare, comme l'atteste le silence à ce sujet des auteurs les plus récents sur les maladies de la première enfance (Billard, Valleix). Je ne l'ai point observé pendant mes cinq années de service à l'Hôpital des Enfants-Trouvés de ***, comme médecin-adjoint. Cependant j'en ai recueilli, dans ma pratique, un exemple que je dois rapporter.

Je fus appelé en consultation le 26 juillet 1829 pour un enfant âgé de huit jours, bien constitué, qui la veille paraissait jouir d'une bonne santé; mais dans la journée, un violent orage éclata; la nourrice descendit l'enfant dans un salon assez frais. Vers minuit il ne put téter, eut des crispations au visage, le corps prit une teinte violacée. L'accoucheur appelé trouva, à six heures du matin, les mâchoires serrées, les muscles de la face contractés. Cependant, après ce spasme très fort, la bouche put s'entr'ouvrir. Ce fut à deux heures que je vis l'enfant. Le resserrement tétanique des mâchoires était peu marqué, mais il y avait une très forte oppression, le spasme était devenu général, le ventre était tendu et convexe, il y avait des indices d'asphyxie. Malgré les moyens déjà mis en usage et ceux qui furent employés ensuite, l'enfant succomba dans la soirée. Il fut impossible d'obtenir l'examen du cadavre.

Le père de cet enfant était européen, mais la mère était indienne; la couleur de sa peau, la direction de ses cheveux, la forme de ses traits ne laissaient aucun doute à cet égard. L'un et l'autre étaient récemment arrivés de Calcutta. Ils avaient perdu, deux ans avant, très rapidement, un enfant

(1) Dublin, *Hospital reports.* — *Edinburgh Journ.* 1818, t. XIV, p. 105.
(2) *Ibidem*, 1819, t. XV, p. 216.

âgé de quatorze mois, lequel fut ouvert et les médecins assurèrent n'avoir trouvé aucune lésion remarquable.

Ne peut-on pas, sans forcer les conséquences, déduire de cette observation que la mère avait apporté d'un pays où le trismus des nouveaux-nés est commun, une disposition dont son enfant a été la victime dans celui-ci?

Les causes les plus présumables des convulsions tétaniques des enfants récemment nés consistent dans une subite impression du froid succédant à la chaleur, une atmosphère impure, le défaut de soins. Le docteur Clarke ajoute l'irrégularité dans la manière de vivre des mères et surtout l'abus qu'elles peuvent faire des liqueurs spiritueuses.

Tétanos.

Je suis naturellement conduit à dire quelques mots du tétanos. Cette maladie est bien certainement une lésion grave, la plus grave de toutes celles de l'innervation. C'est le plus souvent une lésion vitale pure. Elle rentre donc dans le domaine de la surexcitation nerveuse; mais bien différente de celles qui ont une origine analogue, par la rapidité de sa marche, par la continuité de ses phénomènes, par l'imminence du danger qu'elle entraîne, elle ne paraît emprunter son étiologie, ni à la constitution nerveuse, ni à l'influence héréditaire.

Après de nombreuses recherches, je n'ai rencontré que les deux observations suivantes qui puissent faire admettre cette influence.

MM. De Lens et Favrot virent à l'Hôpital des Enfants un jeune individu âgé de douze ans, qui, par suite de percussion, eut un tétanos du côté droit de la face, puis du cou et du tronc. Ce garçon était grand, grêle, d'un tempérament lymphatique et nerveux, issu d'un père fort emporté qui, dans ses accès de colère ou quand il était ivre, éprouvait des mouvements spasmo-

diques du côté droit de la face (1). Deux de ses frères étaient morts dans les convulsions.

M. Bouillaud a observé une variété de tétanos chez un jeune homme de seize ans, dont le frère avait eu des convulsions (2).

On conviendra que ces faits sont assez peu concluants. Dans le premier cas, il s'agit d'un tétanos par cause traumatique et locale; dans l'un et l'autre les parents n'avaient eu que des affections spasmodiques.

Epilepsie.

L'épilepsie est le produit d'une excitation idiopathique ou symptomatique de l'encéphale. Cet organe peut être lésé dans sa texture, dans sa forme ou seulement dans sa vitalité.

Les prodromes et les phénomènes des accès, l'injection vasculaire qu'ils provoquent dans le cercle supérieur, les réactions violentes dont le système musculaire est le siége, rendent incontestable la vive stimulation qui s'est emparée du système nerveux.

L'épilepsie a d'intimes rapports avec les autres effets de la surexcitation nerveuse. Elle complique souvent la manie, semble quelquefois se confondre avec l'hystérie. Le somnambulisme conduit parfois à l'épilepsie (3). J'ai vu cette dernière maladie précédée de la chorée. Elle a co-existé dans quelques cas avec la catalepsie (4). Elle se termine très communément par l'apoplexie ou la démence. On a vu chez la même personne l'hystérie, l'hypochondrie, le vomissement, l'asthme, la céphalalgie, la cécité et l'épilepsie (5).

Hippocrate a dit en parlant de cette maladie : Εἰ γὰρ ἐκ τοῦ φλεγματώδεος, φλεγμαίτωδης, καὶ ἐκ χολωδεός, χολώδης γίνεται, καὶ ἐκ φθινώδεος, φθινωδης, καὶ ἐκ σπληνώδεος, σπληνώδης, τί κωλύει ὅτου πατηρ καί μητηρ εἴχετο τῳ

(1) *Journal de médecine* de Corvisart, t. XVII, p. 195.
(2) *Journ. hebdom. de médecine*, 1834, t. I, p. 384.
(3) *Coll. académ.* Partie étrang., t. VII, p. 487.
(4) Greding. — V. Ludwig, *adversaria*, t. I, p. 100 et 656.
(5) Gabriel Clauder, *Ephem. nat. curios. decem* 2. 1688, obs. 161.

νόσημα, τούτω καί τῶν ἐγγόνων ἔχεσθαι τινα (1); comme on le voit, le prince de la médecine se borne à une simple induction. Il ne dit pas cela est, mais cela doit être; ce qui est très différent, en médecine surtout.

Selon Tissot, la transmission de l'épilepsie est possible, mais rare (2).

Hoffmann prétend, au contraire, qu'il n'y a guère de maladie plus susceptible de passer des parents aux enfants.

Linné (3), Stoll (4), Quarin (5), Saillant (6), Esquirol (7), regardent l'épilepsie comme pouvant être héréditaire. Ils n'ont point cité de faits à l'appui de leur opinion. Voyons ceux que la science possède.

Zacutus Lusitanus mentionne le cas d'un père épileptique qui eut huit enfants et trois petits enfants tous atteints de la même maladie, laquelle guérit chez l'un d'eux par l'application d'un cautère à la nuque (8).

Poterius parle d'une fille de onze ans, dont le père était épileptique; elle le devint et cessa de l'être après avoir pris une préparation antimoniale qui la faisait vomir (9).

Ch. Ohmb, de Breslaw, rapporte l'observation d'un individu dont le père était épileptique et qui, à la vue d'un incendie, eut des attaques fréquentes. Sa sœur en eut aussi, mais par une cause différente. Lorsqu'elle devait en avoir, elle commençait par courir en ligne droite (10).

(1) Περι ιηρης νοσου.

(2) *De l'épilepsie*, p. 27 et 33.

(3) Zetzell consectaria electro-medica Upsal, 1754. — Haller, *Disput. med. pr.*, t. I, p. 65.

(4) *Prælectiones de morbis chronicis*, t. II, p. 1.

(5) *Animadversiones practicæ*, p. 13.

(6) *Mém. de la Société royale de médec.*, t. III, p. 305.

(7) *Mal. mentales*, t. I, p. 306.

(8) *Praxis admirabilis*, lib. 1, obs. 36.

(9) *Curation.* cent. 11, n° 47.

(10) *Ephem. nat. curios.* dec. 2, ann. 3, 1684, obs. 177, et *Collect. académ.* Partie étrang., t. III, p. 626.

Erberfeld a consigné, dans une dissertation spéciale, un fait remarquable d'épilepsie héréditaire (1).

Boerhaave a vu un père atteint d'épilepsie communiquer cette maladie à tous ses enfants (2).

Robert Hamilton soigna, dans le nord de l'Irlande, un enfant de douze ans, épileptique, dont le père l'avait été longtemps (3).

Sur quatre-vingts observations relatées par Maisonneuve, on trouve dans quatre des circonstances d'hérédité (4), mais une fois seulement cette influence parut directe, elle provenait de la mère (5).

Fauverge a aussi rapporté un cas où la mère avait été épileptique (6).

M. Rech a donné l'histoire d'un épileptique dont le père l'avait été (7).

MM. Bouchet et Cazauvieilh, en interrogeant les épileptiques de la Salpétrière en 1825, ont constaté l'influence héréditaire trente et une fois sur cent dix, c'est près du tiers. Les malades avaient des parents ou épileptiques ou aliénés, ou imbéciles ou hystériques (8). Ils ont aussi désiré connaître si les enfants des épileptiques avaient offert quelque état morbide analogue; ils n'ont pu recueillir des renseignements suffisants que relativement à 58 femmes. Sur 88 enfants, 67 étaient morts jeunes, et sur les 21 vivants, 2 étaient épileptiques, 1 hystérique et 2 atteints de convulsions.

Il suit donc de ces recherches que deux fois seulement

(1) *De epilepsia hæreditaria casum exhibens.* Duisberg, 1705.

(2) *Praxis medica*, t. V, p. 30.

(3) *Medical commentaries*, t. VII, p. 336.

(4) *Observ. et recherches sur l'épilepsie.* Paris, 1803, in-8.

(5) *Ibidem*, p. 198.

(6) *Journal gén. de médec.*, t. XXXVII, p. 155. — (Le malade guérit par le *sedum acre.*)

(7) *Compte-rendu de la maison des aliénés de Montpellier.— Éphémérides médicales de Montpellier*, t. IV, p. 25.

(8) *Arch. de méd.*, t. X, p. 39.

sur 58 il y a eu transmission de l'épilepsie. Tissot dit avoir connu beaucoup d'épileptiques dont les enfants restèrent bien portants. Le même résultat négatif a été observé par Gulbrand (1), par Maisonneuve (2), etc.

M. Beau n'a trouvé de traces d'hérédité que vingt-deux fois sur deux cent trente-deux cas (3).

On a vu plusieurs fois l'épilepsie traverser une génération sans se manifester. Boerhaave a fait cette remarque dans son aphorisme en 1775. — Quarin l'a répétée. Dans l'observation de la page 68 des Recherches de Maisonneuve, le père et la mère étaient bien portants, mais le père de la mère avait été épileptique.

Esquirol avance, d'après les renseignements pris chez les femmes de la Salpétrière, que l'influence héréditaire part plus souvent du père que de la mère (4). Cette assertion me paraît confirmée par d'autres faits.

L'épilepsie ne se manifeste souvent que parmi les divers enfants d'une famille sans s'être montrée chez les parents. Ainsi Stahl a vu tous les membres d'une même famille devenir épileptiques à l'âge de la puberté (5). Armstrong cite le cas de trois enfants qui, dans la même famille, furent successivement atteints d'épilepsie (6). L'un des malades, observés par Maisonneuve (7), avait une sœur qui fut épileptique pendant quelque temps. Amman, d'Argovie, a vu deux frères épileptiques (8). Stengel rapporte l'exemple de quatre frères ou sœurs, qui,

(1) Epilepsia tum gravidæ tum lactantis infanti innoxia. — *Acta societatis Hauniensis*, t. I, p. 84.

(2) *Loc. cit.*, p. 86.

(3) *Archives de médecine*, 2e série, t. II, p.

(4) *Des maladies mentales*, t. I, p. 306.

(5) *De hæreditaria dispositione ad varios affectus*. Halæ, 1706, p. 48.

(6) *Medical commentaries*, t. IX, p. 317.

(7) *Recherches sur l'épilepsie*, p. 100.

(8) *Rev. méd.* 1828, t. IV, p. 102.

vers l'âge de sept ans, commencèrent à avoir des attaques d'épilepsie (1).

Quelquefois cette maladie s'était manifestée chez d'autres parents, des oncles ou des tantes (2).

Les affections nerveuses, comme je l'ai déjà dit, peuvent conduire à l'épilepsie. Greding cite deux exemples d'épileptiques, dont la mère était maniaque (3).

On a pu remarquer que MM. Bouchet et Cazauvieilh avaient étendu le cercle de l'influence héréditaire aux cas de manie, de démence et d'hystérie. C'est par ce motif que leurs résultats ont été si considérables.

Il est des cas où le caractère d'hérédité est douteux, et où l'on peut attribuer la production de l'épilepsie à une autre cause, par exemple, à une impression morale.

André Duncan, au nombre des remarques fournies par sa longue pratique, cite l'exemple d'un jeune épileptique, dont la mère avait eu des attaques postérieurement à la naissance de ce fils. Il attribue l'épilepsie de ce dernier plutôt à la vue des symptômes éprouvés par sa mère qu'à la transmission constitutionnelle (4). Cette question est importante et me semble assez difficile à résoudre. On sait en effet que la frayeur et les autres émotions très vives de l'âme peuvent produire l'épilepsie, mais cette maladie est beaucoup moins que les simples convulsions transmissible par voie d'imitation. Une attaque d'épilepsie fait une impression pénible, mais ne cause pas une frayeur profonde. Le spectacle affligeant d'une attaque d'épilepsie est chose assez commune. La transmission de cette maladie, par la triste contemplation de ses effets, est chose assez rare. Je suis donc plus porté à admettre une disposition con-

(1) *Bulletin des sciences méd. de Férussac*, t. XIII, 176.
(2) Maisonneuve, p. 26.
(3) Ludwig, *Adversaria med. practica*, t. I, p. 107; t. II, p. 304.
(4) *Medical commentaries*, t. VI, p. 303.

stitutionnelle, comme cause de l'épilepsie, qu'à donner une valeur exagérée à l'affection morale.

Voici un autre fait qui laisse plus d'incertitude encore.

Le marquis Ant.-Jules Brignole, de Gênes, âgé de vingt-quatre ans, eut des attaques d'épilepsie en janvier 1786 et février 1787. Il eut six enfants, l'aîné naquit avant l'invasion de la maladie. Pendant la grossesse du second et celle du troisième eurent lieu les attaques dont j'ai fixé les époques. Le quatrième fils et deux filles virent le jour après la guérison de leur père.

Or, l'aîné n'eut jamais aucun symptôme d'épilepsie; le second en eut des attaques; le troisième en eut aussi de très intenses et mourut; le quatrième garçon et les deux filles n'en eurent jamais. Cependant l'aînée des filles donna de l'inquiétude à cause du volume de sa tête et de l'occlusion tardive des fontanelles.

On tira de ce fait la conséquence que l'épilepsie, chez les deuxième et troisième garçons, tenait plutôt aux impressions vives, aux ébranlements profonds que la mère avait ressentis pendant la grossesse, qu'elle ne dépendait de l'influence exercée par la constitution et l'état morbide du père. C'était donc une épilepsie connée et non une affection héréditaire.

Ce cas très remarquable occupa trois illustres médecins de l'époque qui furent consultés, Cullen, Tissot et Barthez. Les principaux moyens conseillés furent la valériane et le cuivre ammoniacal (1). Ces moyens échouent le plus souvent, comme le savent tous les praticiens. Le noble Génois n'avait donc pas une épilepsie bien opiniâtre, une épilepsie constitutionnelle. Il n'est donc pas étonnant que plusieurs de ses enfants aient échappé à cette disposition.

Dans bien des cas, l'épilepsie n'est pas le produit direct d'une transmission héréditaire, mais elle trouve sa source dans le genre

(1) William Batty, *Annals of medec.*, t. VI, p. 377.

de santé des parents, dans leur manière d'être physiologique et pathologique. Je vais en citer deux exemples.

M. M., âgé de vingt-cinq ans, grand, fort, athlétique, pléthorique, est atteint d'épilepsie depuis l'âge de la puberté. Aucune cause appréciable n'a donné naissance à cette maladie. Les traitements les plus variés n'ont pas même pu l'atténuer. Le père de ce jeune homme est un négociant fort habile, que son intelligence et son activité ont placé à la tête de plusieurs compagnies; il est maigre, à traits fins et réguliers, à pommettes colorées. Doué d'une extrême sensibilité, il a eu longtemps des souffrances abdominales dues à la présence d'un tænia qui ne se montre plus depuis plusieurs années. Mais un état habituel de névropathie l'oblige aux plus grands ménagements, à un régime sévère, à l'emploi presque quotidien de bains tièdes.

La mère est une femme d'esprit, d'une constitution éminemment lymphatique; sa peau est d'un pâle jaunâtre; son embonpoint fort grand. Elle mange beaucoup; ses viscères abdominaux sont volumineux, dans un état d'emphraxie. Il y a eu gastro-entérite chronique. Deux voyages à Vichy ont fait du bien. Un frère et une sœur de cette dame sont lymphatico-sanguins et dans un état voisin de l'obésité.

Il y a donc dans la santé des parents un contraste évident; d'un côté, une extrême susceptibilité nerveuse; de l'autre, une pléthore lymphatique exagérée. Cette combinaison a eu pour premier résultat un tempérament lymphatico-sanguin très prononcé et pour conséquence ultérieure le développement d'une maladie nerveuse portée à un haut degré d'intensité.

Le second fait est fourni par un jeune enfant de neuf ans. Allaité par sa mère pendant trois mois, il fut ensuite nourri avec du lait de vache. On remarqua bientôt une légère irritation des voies digestives; il y eut des vomissements de lait aigre et coagulé; deux vers furent rendus. A dix-huit mois, convulsions très fortes pendant huit heures; les yeux étaient fixes; les pupilles dilatées et immobiles; les mâchoires serrées; les membres

conservaient de la souplesse. Après cette attaque, le côté droit resta paralysé durant plusieurs heures. A trois ans et demi, deuxième attaque de convulsions; un ver fut vomi. Jusqu'à l'âge de sept ans, l'enfant parut assez bien; mais aux époques de la pleine et de la nouvelle lune, il était fatigué, avait quelques accès fébriles. Les vermifuges étaient souvent administrés; il ne sortait que quelques lombricoïdes de loin en loin. Plus tard on s'aperçut de la présence des ascarides vermiculaires. On les pourchassa à diverses reprises.

Vers l'âge de sept ans, il y eut des symptômes nerveux assez prononcés; une sensation extraordinaire partait du ventre; le visage se colorait; les lèvres se contractaient; un mouvement de déglutition se faisait entendre; il y avait un moment d'immobilité : mais au bout de deux minutes tous ces symptômes avaient disparu.

A huit ans, survint la rougeole, et depuis, des attaques d'épilepsie se sont caractérisées.

Cet enfant est vif, robuste, agile, intelligent; il a pour le calcul une aptitude remarquable.

Le père est très nerveux, sujet à une irritation gastro-intestinale, et souvent atteint d'un hoquet qui dure vingt-quatre et quarante-huit heures. Il a une sœur qui, jusqu'à l'âge de neuf ans, eut de fréquentes attaques de convulsions attribuées à la présence des vers.

La mère est blonde, fort sensible, vaporeuse; elle a une peur extrême de l'orage, qui la fatigue beaucoup.

Elle présente en ce moment une particularité assez remarquable. Elle est enceinte, et chaque fois que son fils a des attaques d'épilepsie, elle sent dans le ventre des secousses violentes, qu'elle attribue à un spasme analogue de l'enfant qu'elle porte.

Les autres enfants de M. et madame R. n'ont pas été exempts de maux. Les deux premiers sont morts fort jeunes. Un autre a une paralysie de l'un des membres inférieurs. L'aîné de ceux

qui vivent est en pension, maigre, faible et souvent malade.

Il me semble que l'épilepsie survenue dans cette famille est le résultat de l'exagération des tempéraments nerveux du père et de la mère; il y a eu mutuel appui et développement des dispositions morbides. L'épilepsie, qui semble dévolue aux constitutions fortes, aux formes herculéennes (morbus herculeus), a été dans ce cas-ci le produit évident de la surexcitation nerveuse la plus pure.

Des considérations et des faits qui précèdent touchant l'hérédité de l'épilepsie, je crois devoir conclure :

1° Que cette maladie doit être placée parmi les affections héréditaires;

2° Que cette voie de transmission est moins fréquente que beaucoup de médecins ne l'ont pensé;

3° Que l'épilepsie se manifeste souvent chez les individus dont les parents ont eu diverses autres affections nerveuses ;

4° Que certaines combinaisons de tempéraments nerveux et pléthoriques peuvent conduire au développement de cette maladie.

Maladies de l'appareil circulatoire qui dépendent de la surexcitation nerveuse.

L'influence exercée par le système nerveux sur le cœur ne saurait être méconnue. Cet important organe, qui semble tenir l'économie tout entière sous sa despotique autorité, reçoit à son tour de l'encéphale et du prolongement rachidien de puissantes impressions.

Ses mouvements tumultueux, ses palpitations peuvent reconnaître pour cause une simple lésion de l'innervation. Les jeunes gens, les femmes, les personnes d'un tempérament nerveux, celles dont le sang a subi dans sa quantité ou dans sa composition des changements notables sont sujets à ce genre d'affection. Quelquefois la disposition aux palpitations de cœur est

héréditaire ; mais il est rare alors que celles-ci ne soient pas l'un des premiers symptômes d'une lésion organique. Or, tous les observateurs savent que les affections du cœur sont susceptibles de se transmettre par voie de génération. L'impossibilité de fixer des limites précises à ces divers états m'oblige de m'arrêter à une donnée générale et vague.

Il est aussi des palpitations, des palpitations plus ou moins fortes dans diverses régions et surtout à l'épigastre, qui peuvent reconnaître pour cause essentielle une excitation nerveuse des parois vasculaires, ainsi que l'a judicieusement établi le docteur Allan-Burns (1). Ces pulsations sont fréquentes chez les hypochondriaques, qu'elles inquiètent beaucoup. Elles n'ont rien de spécialement héréditaire, je ne dois pas m'y arrêter.

Il en est de même de l'angine de poitrine, mode d'expression de la souffrance que déterminent les diverses lésions de vitalité ou de texture de l'aorte ou de ses annexes.

Maladies de l'appareil respiratoire qui dépendent de la surexcitation nerveuse.

On rencontre parfois dans la pratique des toux sèches, opiniâtres, des hoquets persistants, qui paraissent résulter d'une stimulation nerveuse.

J'ai vu plusieurs fois des symptômes simulant le premier degré de la phthisie pulmonaire n'être que nerveux.

Il est des dyspnées étrangères à toute lésion organique. J'en ai vu de déterminées par l'inspiration de quelques atomes d'ipécacuanha (2), par les molécules qui se détachent des oreillers de plume, etc.

Le cauchemar est une affection le plus souvent nerveuse. J'ai été consulté pour un cas de ce genre.

(1) *Obs. on some of the most important diseases of the heart.* Remarks on preternatural pulsation in the epigastrium, p. 173.

(2) La femme d'un pharmacien m'a présenté cet exemple. On en trouve plusieurs autres. — Scott, *Medical commentaries*, t. IV, p. 75.

L'asthme nerveux n'est point un être de raison : la dissertation de M. Lefèvre en donne plusieurs exemples; ce médecin est lui-même le sujet de l'un d'eux (1); son père avait été atteint d'irritation bronchique. Alibert a connu une famille dans laquelle les frères devenaient asthmatiques à quarante ans (2).

J'ai soigné, il y a dix-huit ans, un enfant alors âgé de neuf ans, qui éprouvait tous les deux ou trois mois une violente attaque d'asthme, laquelle durait plusieurs jours. A cette époque, je m'occupais beaucoup du diagnostic des affections thoraciques, et je m'appliquai à reconnaître quelque indice de lésion organique. Je n'en découvris aucun. Je fis avorter plusieurs fois les accès par l'application des sangsues sur l'épigastre. On mena l'enfant prendre les bains de mer; il s'y porta bien ; on décida de lui donner la profession de marin, qui d'ailleurs était celle de son père.

Celui-ci était atteint d'une dyspnée habituelle; sa santé paraissait avoir beaucoup souffert dans les longs voyages qu'il avait faits. La mère était une femme très nerveuse, spirituelle, et grande musicienne.

Le docteur Clarke a fait mention d'un spasme laryngo-pulmonaire qu'il a observé chez les très jeunes enfants, et qui consiste en des efforts distincts et répétés pour dilater la poitrine ou la remplir d'air. Dans ces efforts, l'œil est égaré, la tête se renverse en arrière, la face se colore, enfin une longue expiration survient, des cris se font entendre, et l'enfant s'affaisse comme épuisé (3).

J'ai été consulté l'an dernier pour un état morbide analogue, qui n'est pas l'asthme aigu de Millar. Un enfant âgé d'un an, d'un teint pâle, peu gras, mais rarement malade, à l'occasion d'une contrariété, de cris ou d'une quinte de toux, était pris subitement d'une sorte de suffocation, d'étranglement, par

(1) *Journal hebdomadaire*, 1835, t. III, p. 97.
(2) *Nosologie naturelle*, t. I, p. 243.
(3) *Commentaries on the diseases of children*, p. 86.

suite de la constriction spasmodique des voies respiratoires, lesquelles semblaient se fermer à l'entrée de l'air.

Il en résultait des efforts inspirateurs très violents, un soulèvement de tout le thorax, une agitation convulsive des membres, une couleur violacée de la face; la connaissance se conservait très bien. Au bout de quelques secondes, ce spasme avait cessé; l'état naturel reparaissait avec une grande pâleur et l'apparence d'une profonde faiblesse. L'application d'une sangsue à l'anus et les bains tièdes ont fait cesser ces accidents nerveux. Je n'en eusse pas parlé sans les circonstances suivantes. Le père de ce jeune malade, avocat très distingué, éprouve, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, depuis cinq ou six ans, sept à huit fois chaque année, pendant la nuit, au milieu du sommeil, une constriction subite du larynx ou de la trachée; il se plaint, crie, s'agite, et se réveille comme suffoqué; cet état passe à l'instant. On me demandait si l'affection spasmodique de l'enfant ne pouvait pas être l'effet des impressions vives que la mère avait éprouvées pendant sa grossesse. Je suis demeuré dans le doute. J'aimais autant croire à une disposition héréditaire.

Maladies de l'appareil digestif qui dépendent de la surexcitation nerveuse.

J'ai vu un spasme du pharynx et de l'œsophage par cause nerveuse et avec circonstance héréditaire. Madame M...., âgée de quarante ans, mère de cinq enfants, forte, d'un tempérament sanguin et nerveux, sujette à des angines tonsillaires, venait de donner ses soins avec le zèle le plus tendre à son père, respectable vieillard. Celui-ci mourut, et sa fille en éprouva un violent chagrin. Peu de temps après, elle ressentit un resserrement considérable de l'œsophage, qui permettait à peine l'introduction de quelques liquides épais. Cet état dura plusieurs mois, et céda à l'emploi des bains légèrement sulfu-

reux et gélatineux. J'appris que le père de cette dame, très disposé aux affections nerveuses, qui l'avaient plusieurs fois obligé à suspendre ses fonctions de conseiller à la cour royale, avait une grande propension au resserrement de la gorge.

Le vomissement est un phénomène si fréquent qu'on ne s'est point occupé de constater s'il est soumis à l'influence héréditaire.

La gastralgie a présenté ce caractère : plusieurs auteurs l'attestent. Trnka (1), Schmidtmann (2), et surtout M. Barras, dans son traité des gastralgies, ont mis cette assertion hors de doute. J'ai vu plusieurs fois des affections de l'estomac chez des individus dont les parents s'étaient plaints de souffrir de cet organe; mais il y avait plutôt hérédité de localité que de mode pathologique. Une longue observation m'a d'ailleurs appris que la véritable gastralgie est une affection rare, tandis que les effets de la gastrite chronique sont d'une extrême fréquence. Je suis convaincu, par des faits nombreux, que, depuis quelques années, beaucoup de médecins méconnaissent l'état phlegmasique de l'estomac, état qui, sous le règne, si l'on peut ainsi parler, de la doctrine physiologique, était vu toujours et partout.

Je dois me borner ici à un simple énoncé; ce n'est point le lieu d'entamer une discussion qui m'éloignerait de l'objet de ce mémoire. Je ne dois même pas m'arrêter à l'examen des diverses névroses des organes digestifs, telles que la pyrosis, la boulimie, la polydipsie, les diverses coliques, parce qu'elles ne portent pas le cachet de l'hérédité; je dirai quelques mots du mérycisme.

Cette affection, ou plutôt ce mode vicieux de digestion, dépend ordinairement d'une excitation nerveuse de l'estomac. Je l'ai vue chez un jeune homme qui, par suite d'exaltation religieuse, était tombé dans un état d'aliénation mentale, lequel était chez

(1) *Hist. cardialgiæ*, p. 32.

(2) *Summa observationum triginta annorum*, etc., t. III, p. 190; t. IV, p. 489.

lui héréditaire, car il avait existé chez son père. Après six mois de traitement, il y eut une notable amélioration ; mais il survint un nouveau genre de dérangement. Quelques minutes après avoir fini de manger, ce jeune homme éprouvait des soulèvements d'estomac sans efforts pénibles; une gorgée d'aliments remontait dans sa bouche, qui était fermée en devant par le rapprochement des lèvres, mais distendue sur les côtés par l'ampliation des joues. Si quelques portions d'aliments solides étaient ainsi reportées dans la bouche, elles étaient soumises à une nouvelle mastication, puis cette masse était à l'instant même avalée. Ayant fait sortir quelquefois ces aliments hors de la bouche, ils me parurent n'avoir point été altérés dans leur composition. On pouvait aisément en reconnaître la nature. J'interrogeai ce malade sur le goût que présentaient les aliments soumis à la seconde mastication; il me dit que pendant une heure ou une heure et demie, ils n'avaient aucune saveur étrangère à leur nature, mais qu'après ce temps ils devenaient aigres. Ces renvois d'aliments, pendant la chymification, étaient très fréquents; ils se succédaient presque à toute minute. La sensation qu'ils occasionnaient était indifférente. Cet individu ne paraissait ni souffrir de cette rumination ni s'y complaire.

J'ai vu deux autres cas de mérycisme qui ont reçu quelque publicité, et qu'il est inutile de rapporter. Dans cette anomalie curieuse de la digestion, l'estomac paraît plus ou moins excité. Le malade dont Percy a donné l'observation (1) avait eu des indigestions fréquentes, une sorte de choléra; ses organes digestifs étaient devenus très susceptibles. L'un des malades que j'ai vus avait eu une inflammation gastro-intestinale. Plusieurs individus mentionnés par les auteurs avaient des éructations acides, des vices variés de digestion. Chez quelques uns le mérycisme était héréditaire. Un tailleur, dont Grégoire Horst a conservé

(1) *Dictionn. des sciences médicales.* 1819, t. XXXII, p. 534.

l'histoire, et qui ruminait, avait un fils également mérycole (1). Le Suédois Windthier avait un fils qui ruminait comme lui. Le père de l'individu de Bristol, dont Frédéric Slare a inséré l'indication dans les *Transactions philosophiques* (2), ruminait aussi. Dans la même ville, en 1754 (3), mourut un homme qui tenait de son père l'habitude de ruminer.

Le mérycisme peut donc être placé au nombre des affections héréditaires.

Hypochondrie.

Je m'occupe de l'hypochondrie après la plupart des autres affections nerveuses, parce que, liée à plusieurs, ou leur empruntant quelques traits, elle semble n'avoir ni siége précis, ni mode constant.

Je n'essaierai point d'approfondir ce sujet obscur et difficile. Une longue digression serait ici déplacée. Je me bornerai donc à tâcher de déterminer les caractères essentiels de l'hypochondrie. Je les trouve, 1° dans une susceptibilité nerveuse exagérée, une sensation pénible quelconque, générale ou locale; 2° une préoccupation soutenue, une erreur de l'esprit touchant l'état de la santé.

La réunion de ces circonstances est nécessaire pour spécifier la maladie. Une aberration mentale, relative à l'état des organes, ne serait qu'une monomanie, s'il n'existait pas en même temps quelque lésion, soit de vitalité, soit de texture de telle ou telle partie; et d'autre part, des névroses quelles qu'elles soient, exemptes d'inquiétude, d'exaltation morale ayant l'état morbide pour objet, demeureraient étrangères à l'hypochondrie.

La peur de souffrir et de mourir, les fausses idées qui résultent de cette crainte perpétuelle, l'importance accordée à des phéno-

(1) *Operum medicor.*, t. II, p. 171.
(2) Année 1691, n° 193, art. IX.
(3) Valmont de Bomare, *Dictionn. d'hist. natur.*, t. XII, p. 469.

mènes sans valeur, en un mot l'exagération délirante de l'amour de soi, naissent sous l'influence de la surexcitation ou d'une perturbation nerveuse, par suite d'une lésion locale souvent méconnue. J'ai vu des malades, après m'avoir longtemps fatigué de leurs plaintes importunes, et que je croyais sans fondement, présenter à la fin des affections graves, des altérations organiques irremédiables (1). Ils avaient certes raison de se plaindre. Un sentiment indéfinissable de malaise, précurseur des grands désordres qui devaient s'accomplir, était un avertissement sérieux. La lésion des organes, simplement vitale, et appartenant à l'innervation, dans le principe, s'était ensuite étendue à la texture, qu'elle avait compromise, et alors son existence avait cessé d'être problématique.

C'est ordinairement dans les voies digestives que ces altérations se manifestent. Je ne pense pas que la puissance du moral suffise pour les faire naître. Elles préexistent ou co-existent. J'ai été plusieurs fois consulté par un hypochondriaque chez lequel se développa une maladie du cœur; jamais son médecin ordinaire ni moi ne lui donnâmes à comprendre quel genre d'altération se formait en lui; l'idée ne lui en vint point. Nous rejetions tout sur le système nerveux. Il nous croyait; mais il ne continuait pas moins à se plaindre, à s'inquiéter, à faire une attention minutieuse au moindre de ses actes. Le moral n'eut donc ici aucune part directe au développement de l'affection locale.

Leindenfrost (2), M. Dubois, d'Amiens (3), ont établi de nom-

(1) « Les maladies qui terminent ordinairement la vie des hypochondriaques sont des phlegmasies chroniques du canal alimentaire, les anévrismes du cœur, les irritations pulmonaires. » Falret, *De l'hypochondrie et du suicide*. Paris, 1822, p. 493.

(2) Il en distingue six espèces auxquelles il donne des noms illustres; ainsi il y a une hypochondrie sydenhamienne, une hypochondrie hoffmannienne, une hypochondrie ruyschienne, une hypochondrie stahlienne, etc. *Opuscula*, t. I, p. 205.

(3) M. Dubois divise l'hypochondrie en monomanie hypochondriaque, pneumocardiaque, encéphaliaque, asthéniaque, nostalgiaque, hydrophobiaque, p. 229. — On pourrait en faire beaucoup d'autres variétés.

breuses variétés de l'hypochondrie, parce qu'effectivement cette maladie semble avoir son point de départ, soit dans les organes digestifs, soit dans ceux de la circulation ou de la respiration, etc.

Une souffrance, quelque légère qu'elle soit, si elle est persistante, et quelque siége qu'elle occupe, peut, chez un sujet prédisposé, devenir l'un des éléments de l'hypochondrie. M. E. avait gagné beaucoup d'argent dans de vastes entreprises de construction, sur le littoral de l'Océan. Il veut se reposer de ses fatigues et jouir de la vie. Le voilà complétement oisif. Il n'a que quarante-cinq ans, est bien constitué, actif, d'un tempérament sanguin et nerveux. Il avait eu autrefois une blennorrhagie, et parfois il sentait dans le canal de l'urètre un peu de chaleur, un léger chatouillement. Il me demande mon avis. Je ne constate aucune altération. Je conseille l'emploi des bains, des tempérants, un régime adoucissant. Il y avait aux lombes un peu de douleur, je prescris une application de sangsues; le malade y répugne sous le prétexte que son père était mort d'hydropisie. Je m'aperçois qu'il se préoccupe, je tente vainement de le dissuader. Sur ces entrefaites, il se lie avec un autre désœuvré, ancien habitant de la Guadeloupe, qui, en soignant ses nègres et lisant Tissot et Buchan, avait appris quelques mots de médecine. Ce nouvel ami entre dans ses idées, partage ses craintes, et dans le but de faire revenir l'écoulement jadis supprimé, introduit dans l'urètre des bougies emplastiques. L'écoulement, en effet, reparaît; mais le canal est enflammé, et bientôt après l'un des genoux se gonfle. M. E., de plus en plus effrayé, me raconte sa fâcheuse expérience. Un traitement approprié dissipe ces accidents; mais le moral conserve ses alarmes. J'oblige ce malade à occuper fortement son esprit; il bâtit en ville deux vastes maisons, il achète et dispose à son gré une campagne agréable, fait des projets sur les chemins vicinaux, sur une canalisation favorisée par quelques cours d'eau de son voisinage, et finit par se débarrasser des craintes qui l'avaient longtemps agité. Chez

ce malade il y avait eu une souffrance légère, mais réelle. Il s'en était exagéré l'importance, y avait pensé sans cesse; alors avait commencé l'hypochondrie. Celle-ci diffère de la monomanie en ce que, dans cette dernière, l'erreur est complète, primitive, et constitue un véritable délire sans motif physique. L'hypochondriaque qui croit avoir un cancer de l'estomac digère réellement mal, a des flatuosités fatigantes, en un mot des symptômes positifs d'un dérangement fonctionnel. J'ai soigné plusieurs hypochondriaques qui avaient une bronchite chronique; ils se croyaient phthisiques; ils examinaient leurs crachats avec un soin minutieux, comptaient leurs quintes de toux, étaient dans une crainte perpétuelle. Leur moral était sans contredit malade; il déduisait des conséquences outrées et par cela erronées, mais il partait de faits exacts. Le monomane ne raisonne pas, ne déduit pas; son jugement est faux d'emblée.

De ce que les hypochondriaques sont ordinairement tristes, abattus, pâles, qu'ils ont les extrémités froides, on est porté à les regarder comme faibles. Cette débilité n'est qu'apparente. Ces longues insomnies, ces vertiges, ces douleurs vagues, cette attention soutenue, ces ébranlements, cette vibration de toutes les parties sensibles, lorsque le médecin arrive ou qu'un remède nouveau est donné, ces angoisses cruelles, si un mot relatif au danger de la maladie est imprudemment lâché dans la conversation, prouvent à quel degré d'excitation est arrivé le système nerveux.

L'hypochondrie ne se manifeste pas spécialement chez des individus faibles ou cachectiques, d'un tempérament nerveux ou mélancolique. Je l'ai vue chez des hommes forts et sanguins. Stoll avait fait la même observation (1).

Cette maladie n'affecte pas seulement les personnes aisées et dont le moral est cultivé. La sensibilité appartient à tous les rangs de la société. Obtuse en général, il est vrai, chez les

(1) *Prælectiones*, t. II, p. 318.

hommes adonnés aux travaux pénibles, on la voit quelquefois se développer sous une grossière enveloppe et faire naître tous les chagrins, tous les ennuis, qui semblaient réservés à l'opulence et à l'oisiveté.

J'ai vu l'excès du travail avoir les mêmes résultats que l'inoccupation. Des jeunes gens, de dix-huit à vingt ans, élevés à la campagne, se trompant sur leur aptitude, commençant trop tard leurs premières études, s'y livrant avec ardeur, et n'accordant plus rien à l'exercice ni à la distraction, ont tellement exalté leur système nerveux, que la moindre souffrance troublait leur imagination; ils se croyaient en proie à des maux épouvantables. Le meilleur moyen de les guérir était de les renvoyer cultiver les champs de leurs pères.

Le sexe masculin n'est pas seul tyrannisé par les sombres tourments de l'hypochondrie. Le sexe le plus impressionnable et le plus mobile en est quelquefois poursuivi (1). Que de femmes, croyant leur matrice malade, vont partout cherchant des remèdes, provoquant toutes sortes d'investigations, se soumettant à des opérations douloureuses, quelquefois exécutées sans nécessité par des hommes sans conscience!

M. Dubois, d'Amiens, considère l'hypochondrie comme peu susceptible de transmission héréditaire (2). Cependant M. Falret avait remarqué qu'une disposition originelle à l'aliénation mentale est également une forte prédisposition à l'hypochondrie (3). J'ajouterai d'une manière plus générale que la transmission de la surexcitation nerveuse est une voie de propagation de l'une des causes les plus immédiates de l'hypochondrie.

Zeller a vu cette maladie passer des parents aux enfants, et même devenir plus intense chez ceux-ci qu'elle ne l'avait été chez ceux-là (4).

(1) *Exposé de l'état psychique d'une femme hypochondriaque.* — Extrait de lettres communiquées par Esquirol. — *Annales d'hyg. publiq.* Paris, 1836, t. XVI, p. 197.

(2) *Hist. philos. de l'hypochondrie et de l'hystérie.* Paris, 1837, p. 60.

(3) *De l'hypochondrie*, p. 381.

(4) *Loc. cit.*, p. 10.

J'ai récemment été appelé en consultation pour un jeune homme qui présente un très bel exemple d'hypochondrie héréditaire. Le voici :

M., âgé de dix-sept ans, sculpteur, est d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il est vif, intelligent, appliqué, et même déjà assez habile dans son art. Il s'était bien porté dans son enfance, n'avait eu ni convulsions ni menaces d'affection cérébrale; il avait eu parfois de légères épistaxis. Ayant perdu sa mère il y a cinq mois, il éprouva un violent chagrin et fut pris d'une hémorrhagie nasale abondante. Sa santé se dérangea de plus en plus, et fut décidément altérée en octobre. Il se plaignait de céphalalgie, de douleurs abdominales, était abattu, s'inquiétait beaucoup. Cet état maladif cessa au commencement de novembre, et M. reprit ses travaux, son agilité ordinaire, son appétit accoutumé. A la fin du même mois et en décembre, il retomba malade, se plaignit d'abord de la tête et de l'estomac; l'appétit devint nul; la langue n'était cependant ni rouge ni couverte d'aucun enduit; la pression sur l'épigastre était un peu douloureuse, l'abdomen n'était point météorisé. Il n'y avait eu ni flatuosités ni éructations; mais les selles étaient rares et consistantes, en petites masses d'un brun foncé, l'urine fort claire, la peau sèche, d'une température moyenne; le pouls petit, concentré, un peu fréquent; le moral dans un état de torpeur tel qu'il fallait interroger plusieurs fois le malade pour obtenir une très courte réponse.

Il n'était point assoupi, mais dans l'état d'un homme qui médite profondément; il ne déraisonnait nullement. Le peu de mots qu'il proférait indiquaient ses vives inquiétudes sur sa santé, sa peur de mourir. Il accusait de vives souffrances générales. Il était immobile par la crainte de les augmenter. Ses membres n'offraient aucune roideur et gardaient volontiers la position qu'on leur donnait.

Tel est l'état dans lequel je trouvai ce malade le 14 décembre dernier.

Voici des antécédents remarquables. Ils concernent surtout le père et un oncle. La mère était morte phthisique.

M., père, était un homme de forte constitution, de tempérament sanguin, qui s'était assez bien porté jusqu'à l'âge de trente-deux ans. Alors, à la suite d'un rêve effrayant, il se crut malade. Quelques légers dérangements d'estomac lui persuadèrent que cet organe était gravement affecté. Il alla consulter successivement plusieurs médecins, employa beaucoup de remèdes et devint de plus en plus inquiet. Il y eut une telle exaltation mentale que, si on lui conseillait de faire de l'exercice, il se mettait de suite en voyage, même sans prévenir sa famille. Deux fois par an, ses préoccupations relatives à sa santé devenaient plus fortes; il gardait le repos, se tourmentait l'esprit, puis la crise passait et il recommençait à courir. Sa pusillanimité était extrême; il redoutait la moindre perte de sang; la vue d'une lancette le faisait tomber en syncope. La principale de ses inquiétudes était de périr d'inanition. Cependant son embonpoint était satisfaisant. Pour ne pas mourir de faim, il mangeait à tous moments, même la nuit. Son estomac digérait avec une activité extraordinaire et même morbide, car un estomac sain se fût bientôt fatigué de tant d'aliments ingérés. Il en résulta une obésité considérable. Ses jambes enflèrent, et, ce qui fut assez heureux, elles se crevassèrent. Il y eut un suintement abondant. La santé alla mieux jusqu'à un redoublement nouveau de crainte de la mort; alors il poussa tellement la nutrition et l'état pléthorique qu'une congestion cérébrale survint, et une attaque d'apoplexie l'enleva à l'âge de quarante-huit ans.

Un frère, qui est d'une constitution robuste, se croit toujours malade.

J'ajouterai quelques détails sur les enfants de M., père. Il en a eu plusieurs qui sont morts en bas âge, je ne sais de quelle maladie. Il en reste quatre; l'aîné a vingt-deux ans, a des ganglions cervicaux engorgés; une demoiselle, âgée de dix-neuf ans, est bien portante; le troisième est le jeune homme âgé de

dix-sept ans, dont il a été question en premier lieu. Il naquit l'année après l'invasion de la maladie de son père. Le quatrième enfant vivant est une fille maigre, faible, disposée aux scrofules, maladie dominante dans la famille de la mère.

On ne saurait élever des doutes sur le caractère de la maladie du père et du fils, ni sur leur identité. L'hypochondrie peut donc se développer sous l'influence héréditaire.

Hystérie.

L'hystérie a été assimilée à l'hypochondrie par l'illustre Sydenham. Cette erreur n'a pu germer dans une tête si judicieuse que par une complète inattention, ou une insuffisante recherche des caractères positifs qui distinguent ces affections.

Dans l'hystérie, des lésions de sensibilité, des lésions de motilité, des modifications de sécrétions s'observent et portent un cachet spécial.

1° Une sensibilité plus ou moins vive dans l'hypogastre, le sentiment d'un corps globuleux qui parcourt l'abdomen et s'élève dans le thorax, des douleurs étendues ou circonscrites de la tête (clou hystérique), du rachis, des articulations (1), certaines illusions des sens (2), des fourmillements ressentis en diverses parties, une sensation de chaleur ou de froid, indépendante d'une lésion matérielle, sont des phénomènes qui se rattachent à l'exaltation ou à une perversion de la sensibilité.

2° Les lésions de la motilité sont le spasme de la gorge, un besoin fréquent de déglutition (3), le resserrement du pharynx produisant une dysphagie prolongée (4), une sorte de strangu-

(1) Voyez un mémoire de Brodie, traduit dans la *Gazette médicale*, 1837, p. 178.

(2) Objets vus renversés. — Bishopp, *London med. and phys. Journal.* — *Annal. de littér. médic. étrang.*, t. VI, p. 324.

(3) Graves, *Dublin Journ. of med. sciences.* — *Archiv.*, 2e série, t. II, p. 270.

(4) Th. Berger. Historia singularis morbi hysterico-convulsivi gravissimi cum deglutitione diu intercepta. *Acta Helvetica*, t. VII, p. 36.

lation accompagnée de gonflement du cou, une toux sèche opiniâtre (1), des soupirs profonds, le hoquet (2), l'aphonie ou des cris aigus, des sanglots ou un rire involontaire, la constriction du col de la vessie et la rétention d'urine; enfin et surtout des attaques convulsives pendant lesquelles la sensibilité, la conscience et quelquefois la volonté se conservent à un certain degré.

3° Quelques phénomènes relatifs aux sécrétions se remarquent dans l'hystérie. L'urine est ordinairement modifiée (3). Des gaz sont perspirés dans les intestins, d'où résultent des borborygmes, des flatuosités, la tympanite; il y a constipation (4).

Il est extrêmement rare que ces divers phénomènes coucourent ensemble à caractériser l'hystérie. Quelquefois on n'en observe qu'un seul; mais si quelques autres apparaissent, ils dévoilent bientôt la nature du premier. Une femme entra l'an dernier à l'hôpital avec une aphonie complète; j'étais encore incertain sur la véritable origine de ce symptôme, lorsqu'en explorant l'abdomen et palpant l'hypogastre, je produisis de la douleur et provoquai une attaque convulsive, avec sentiment de strangulation à la gorge. Le diagnostic fut alors facilement établi.

Les convulsions, la boule abdominale, la constriction du cou, sont les phénomènes les plus ordinaires et les plus significatifs de l'hystérie. Ils n'existent ni dans l'hypochondrie ni dans la névropathie, et si les attaques d'épilepsie ressemblent sous quelques rapports aux accès hystériques, ils en diffèrent par la perte momentanée, mais absolue, du sentiment et de la conscience.

Le point de départ des phénomènes hystériques a été placé par les uns dans l'encéphale (Lepois, Willis, Georget); par les

(1) Case of hysteric cough, by Martin Sinclair. *Edinb. Journal*, t. XXIII, p. 38.

(2) Savary, *Collection académique*, partie étrangère, t. VII, p. 327.

(3) Mitterbacher, *De secretione urinæ feminar. hystericar. et de ed ut signo affectionum earumdem dissertat. pragenses*, t. II, p. 47.

(4) Séance de l'Acad. royale de médec., 26 août 1828.

autres dans les organes sexuels. Cette dernière opinion me semble plus près de la vérité que la précédente.

Des lésions de la menstruation (1), des engorgements de l'utérus (2), le prolapsus de cet organe (3), ses dégénérescences squirrheuses ou cancéreuses (4) s'accompagnent parfois des symptômes de l'hystérie. Une tumeur située entre le rectum et la matrice les a suscités (5). L'affection des ovaires doit en être une cause fréquente (6). Ils se sont développés sous l'influence d'une tumeur née sous la glande mammaire. L'ablation de cette tumeur les dissipa sans retour (7).

Ainsi l'hystérie peut être liée à une lésion, à une excitation des organes sexuels; elle l'est aussi à la souffrance occulte que leur occasionne la privation prolongée du stimulant réclamé par la voie de l'instinct (8).

Toutefois il est essentiel de remarquer, 1° que l'hystérie ne s'accompagne quelquefois d'aucun indice de lésion des organes sexuels; 2° que beaucoup d'affections de l'utérus naissent et se développent sans provoquer de symptômes hystériques; 3° qu'on a vu ceux-ci se manifester chez des hommes.

(1) Cause fréquente. Voy, Gifford Croker, *London med. Repository.*—*Ephém. méd. de Montpellier*, t. III, p. 22.

(2) Cette cause est encore assez commune ; mais voici un exemple assez singulier : Une dame mariée, qui n'avait jamais été mère, qui cependant se livrait avec ardeur aux rapprochements conjugaux, avait des symptômes très prononcés d'hystérie; plus tard ces symptômes disparurent, et on s'aperçut d'un engorgement hypertrophique considérable de l'utérus. Je constatai cette affection, dont le développement avait coïncidé avec la diminution de l'hystérie.

(3) Suffert, *Journal d'Hufeland.* — *Revue médicale.* 1830, t. III, p. 112.

(4) *Journal hebdomad.* 1832, t. X, p. 339. — Observ. de M. Piorry.

(5) John Rutter, *Edinb. med. and surg. Journal*, t. IV, p. 168.

(6) Plusieurs observations que j'ai recueillies.—*Journal universel*, t. XXXIX, p. 215.

(7) Observ. de Reynaud, *Journal hebdomad.*, t. IV, p. 491.

(8) Observ. d'Esquirol rapportée par Delaye et Foville. —*Nouveau Journal de médec.*, t. XII, p. 119. Les veuves, les filles très sages qu'on ne marie pas, etc.

Georget (1), Louyer-Villermay, en ont constaté des exemples, ainsi que M. Mahot (2).

L'hystérie gît donc essentiellement dans le système nerveux, et spécialement, ce me semble, dans les nerfs ganglionnaires abdominaux et les pneumo-gastriques. Ce sont les liens qui associent dans une étroite correspondance l'appareil génital à l'encéphale, recevant d'une part et transmettant de l'autre les impressions et les réactions.

Selon M. Pierry, l'hystérie consisterait en une névralgie des nerfs utérins (3); mais souvent il n'existe dans cette maladie aucune douleur hypogastrique, la sensation pénible est ailleurs qu'au voisinage de l'utérus, les accès n'ont lieu qu'à de longs intervalles. Dans la névralgie, la douleur est plus violente, plus aiguë, plus continue; son trajet est plus distinct, plus en rapport avec les nerfs affectés.

L'hystérie, comme la plupart des autres effets de la surexcitation nerveuse, est héréditaire. Caldwell, auteur d'une bonne dissertation sur cette maladie (4), s'en est assuré par beaucoup d'observations. Il a même vu l'influence constitutionnelle, lorsqu'elle était enrayée chez la mère par un genre de vie convenable, se déverser de la grand'mère sur la petite-fille (5).

Schoenheider a cité un exemple d'hystérie transmise par voie d'hérédité (6).

M. Dubois, d'Amiens, a remarqué avec Georget que les femmes hystériques ont presque toujours eu, parmi leurs proches parents, des hystériques, des épileptiques, des sourds, des aveugles, etc. (7).

(1) *Physiologie du système nerveux.* Paris, 1821, t. II, p. 264.
(2) *Journal de Nantes* et *Gazette méd.* 1839, p. 602.
(3) *Journal hebdomad.* 1832, t. X, p. 339.
(4) De hysteriâ, *Edinburgh*, 1780.
(5) P. 17.
(6) *Acta societatis Hauniensis*, t. II, p. 151.
(7) *Hist. philos. de l'hypochondrie.* Paris, 1837, p. 61.

Les faits d'hérédité de l'hystérie se rencontrent fréquemment dans la pratique. J'ai souvent eu à soigner successivement la mère et la fille, ou plusieurs sœurs.

Propositions déduites des considérations et des faits relatifs à l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse et des maladies qui en résultent.

I. La surexcitation nerveuse est transmissible par voie d'hérédité.

II. Elle imprime aux familles une physionomie, une constitution particulière, une disposition spéciale à des maladies déterminées.

III. Cette transmission est plus ou moins générale; elle n'est ni absolue, ni constante, ni nécessaire.

IV. Ses effets sont relatifs aux variétés du tempérament nerveux soit des individus qui ont donné l'impulsion, soit de ceux qui l'ont reçue.

V. Ces variétés, dont l'exagération conduit à la surexcitation nerveuse, se caractérisent par l'activité des sens, la profondeur des impressions, la versatilité ou la fermeté du moral, la légèreté ou la ténacité des affections, la mobilité ou la rigidité de la fibre, l'instabilité de l'action ou l'énergie des résistances et la grandeur des réactions.

VI. La surexcitation nerveuse, conséquence du développement et de la prépondérance du système nerveux et du centre encéphalique, est en outre alimentée ou provoquée par l'active corrélation des autres centres de vitalité.

VII. Elle est mise en jeu par de nombreux agents de stimulation, dont les effets sont d'autant plus prompts, d'autant plus intenses, que la prédisposition héréditaire qui lui sert de base est plus prononcée.

VIII. Elle a des rapports évidents de coexistence, de succession, de causalité ou d'hérédité, avec quelques diathèses ou

dispositions morbides générales, et avec les altérations organiques qui en dérivent.

IX. Les états maladifs qui ont pour origine commune la surexcitation nerveuse sont comme elle-même soumis à l'influence de l'hérédité.

X. Cette influence n'est pas égale pour tous, et permet d'établir les degrés suivants :

Dans une première série, viennent se placer la monomane suicide, la manie, la lypémanie, la névropathie;

Dans une seconde, les convulsions, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, l'œnomanie, les palpitations de cœur, la gastralgie, le mérycisme;

Dans une troisième, la chorée, le somnambulisme, la monomanie homicide, la théomanie, la démonomanie, la chorémanie, les névralgies, l'asthme, le spasme du larynx et celui de l'œsophage;

Dans une quatrième, l'état ataxique aigu, l'apoplexie nerveuse, le trismus des nouveaux-nés;

Enfin, la pyromanie, la zoomanie, la catalepsie, le tétanos, n'ont donné presque aucune preuve d'obéissance au pouvoir héréditaire.

XI. Parmi ces divers états maladifs, il en est qui conservent, en passant d'une génération à une autre, le cachet de leur identité. Tels sont ceux de la première série, la plupart de ceux de la seconde, quelques uns de ceux de la troisième. Dans ces cas, l'action héréditaire est pour ainsi dire *spécifique*.

XII. Les maladies des diverses séries, en se propageant par voie d'hérédité, se modifient, subissent des transformations qui n'empêchent pas de reconnaître leur véritable source. La manie, la monomanie, l'épilepsie, la névropathie, l'hystérie, l'hypochondrie, offrent fréquemment, dans leur passage à travers les générations, des échanges mutuels, des mutations successives qui établissent entre elles des liens étroits de consanguinité et d'*hérédité relative*.

XIII. L'influence héréditaire, en développant le tempérament nerveux, en transmettant la surexcitation nerveuse, fait naître une prédisposition constitutionnelle aux diverses maladies nerveuses. Celles-ci ne sont alors héréditaires que d'une manière *indirecte*.

XIV. Dans aucun cas, il n'y a communication immédiate de la maladie héréditaire; il n'y a que transmission de l'aptitude à la contracter.

XV. Cette aptitude est plus ou moins grande, et attend pour se manifester un temps plus ou moins long.

XVI. La manifestation de cette aptitude est subordonnée à des circonstances souvent inappréciables.

XVII. Elle peut être tardive, et l'affection héréditaire ne paraître qu'à un âge avancé, quelquefois se montrer chez les enfants avant d'affecter leurs parents.

XVIII. Cette manifestation peut même ne pas avoir lieu dans la période entière d'une génération, que l'influence héréditaire traverse sans produire d'effets apparents, réservant pour la suivante toute son activité.

XIX. Elle s'effectue dans les familles selon des proportions inégales, et peut suivre la ligne collatérale.

XX. Le principe de l'hérédité pathologique, consistant essentiellement en une modification latente, plutôt qu'en une altération effective de l'organisme, constitue une prédisposition qui peut avoir existé chez les parents sans indices et sans preuves, mais qui, transmise aux enfants et développée par une cause quelconque, devient évidente par des manifestations sensibles.

XXI. L'union de deux constitutions dont les reliefs sont à peu près semblables engendre un mixte dans lequel se mettent ordinairement en saillie les résultats de cette combinaison.

XXII. L'union de constitutions différentes permet quelquefois de distinguer une prédominance, soit paternelle, soit maternelle, inégalement réfléchie sur les enfants et conduisant à des résultats pathologiques variés.

XXIII. L'union de constitutions opposées, loin de produire toujours un mixte où l'équilibre soit rétabli, mène souvent à de fâcheuses aberrations (plusieurs exemples rapportés dans ce mémoire en font foi). D'où il suit que l'amélioration de la race humaine par des croisements de complexions et de tempéraments doit offrir dans sa réalisation pratique de grandes difficultés. Pour éviter de cruels mécomptes, elle exigera, de la part de ceux qui se livreront à cette œuvre philanthropique, de longues études, de nombreuses suites d'observations poursuivies à travers plusieurs générations et soigneusement inscrites, un grand discernement pour rapprocher et comparer les faits recueillis, une logique sévère pour en déduire des conséquences rigoureuses, et une grande sagacité pour en tirer des règles applicables ou tout au moins quelques conseils utiles.

Des moyens de guérir les maladies qui résultent de la surexcitation nerveuse.

Il demeure bien établi par les recherches précédentes que les maladies résultant de la surexcitation nerveuse ont entre elles d'étroites relations, qu'elles se compliquent, se succèdent ou se métamorphosent les unes en les autres, qu'elles ont de caractéristiques analogies par leur siége, leur origine, leur nature. Elles ne sauraient donc différer par leur traitement.

La thérapeutique des maladies qui dépendent de l'hypersthénie nerveuse peut et même doit, pour recevoir quelque lumière, être présentée d'une manière générale.

Les applications particulières, les règles spéciales, les détails minutieux entraîneraient d'inutiles longueurs, seraient déplacés et feraient perdre de vue les idées un peu larges qui doivent servir de base à ces considérations.

Dans les maladies auxquelles il s'agit ici de livrer le combat, l'action de l'art rencontre de grandes difficultés. Aucun praticien n'ignore combien ces affections sont rebelles; combien peu il faut compter sur les efforts médicateurs de la nature; avec quelle

mobilité se montrent, disparaissent et reparaissent les phénomènes morbides, mobilité qui dépend de celle du système affecté; à combien de mécomptes expose l'emploi si hasardeux des médicaments et même celui des méthodes curatives les plus rationnelles.

Lorsque la maladie est héréditaire, sa résistance est plus opiniâtre encore. Il faut d'attaquer de bonne heure et avec vigueur, mais toujours avec prudence. Il faut opposer à une disposition inhérente à l'organisme et sans cesse agissante, une action thérapeutique continue, énergique, persévérante.

Malgré ces efforts soutenus, l'art voit souvent échouer sa puissance. *Contra vim morborum archealium*, dit Depré (1), *non est medicamen in hortis, nec in pharmaca pyxis, nec spiritus in chymia, nec medici panacea Phœbi. Himorbi unguenta spernent, emplastra rideburt, medicamenta eludent, sine pace movebunt bella, bella, horrida bella.*

C'est donc aussi une guerre acharnée, mais habile, mais circonspecte, qu'il faut déclarer aux maladies héréditaires, et se rappeler que dans cette stratégie, comme dans celle des grands capitaines, quand on ne peut vaincre, il faut du moins se ménager une honorable retraite.

I. Avant tout, dans le traitement des maladies dépendant de la surexcitation nerveuse, comme dans celui de toutes les autres affections, il faut s'assurer si quelque cause matérielle, évidente, facilement attaquable ne provoque ou n'entretient pas les accidents. Des helminthes ont produit des convulsions, l'épilepsie, le tétanos, la manie, la monomanie homicide, etc.; des tumeurs mammaires, des irritations utérines ont occasionné l'hystérie; des diathèses spéciales, la syphilis, par exemple, ont développé certaines névroses (2), etc. Il faut donc combattre d'abord ces

(1) *Loc. cit.*, p. 29.

(2) Observ. de Callerier, *Journal général de médecine*, t. XIV, p. 371. — Larrey, *Revue médic.*, t. VIII, p. 257.

causes, quelle que soit la forme sous laquelle leurs effets se présentent.

II. Il importe aussi d'avoir égard aux circonstances de la vie pendant lesquelles la surexcitation nerveuse se développe. La dentition, la puberté, la menstruation, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, etc., entraînent des modifications organiques, des évolutions naturelles, qu'il faut ou seconder, ou modérer ou réprimer, et auxquelles les indications thérapeutiques doivent être le plus souvent subordonnées.

III. La marche suivie par la maladie doit toujours être prise en sérieuse considération. Si, par exemple, elle observe dans son cours une périodicité plus ou moins régulière, une indication majeure s'établit en principe. Il n'est guère de médecin qui n'ait trouvé l'occasion d'en vérifier l'importance. M. Magendie a donné un bel exemple de succès en une occasion de ce genre (1). Je peux aussi en rapporter un qui est assez remarquable.

Madame R., âgée de quarante ans, d'un tempérament sanguin et nerveux, d'une forte constitution, mariée jeune, ayant fait trois fausses couches suivies de métrorrhagies abondantes, conserva longtemps une grande sensibilité de l'utérus; plus tard elle eut deux enfants, et bientôt après, les perdit. En septembre 1840, elle éprouva subitement une violente céphalalgie, avec sensation de chaleur et d'étouffement; cet état dura jusqu'au lendemain, et fut remplacé par un sentiment de pression sur le sommet de la tête, de ballottement dans l'intérieur du crâne. Le moindre mouvement produisait un sursaut, une commotion, qui faisaient craindre à la malade de perdre connaissance. Plusieurs nuits de suite, le sommeil fut troublé par la crainte d'une prochaine suffocation. Puis survinrent un tremblement convulsif général, une douleur pulsative à l'occiput et aux tempes, s'étendant au rachis, une souffrance vive dans les

(1) *Revue médic.*, t. VIII, p. 433. — Maladie singulière du système nerveux guérie par le sulfate de quinine.

orbites. La vue devint trouble, la respiration gênée, la déglutition difficile. Plusieurs fois, il y eut suspension momentanée de l'action du cœur, sensation profonde de froid, crainte de la mort, etc. Ces symptômes se répétèrent avec plus ou moins d'intensité, avec plus ou moins de régularité, assez souvent la nuit et toujours sans fièvre.

Les antispasmodiques, les narcotiques, les vésicatoires, les sinapismes, les bains, etc., furent employés sans succès. Le sulfate de quinine fut essayé à deux reprises, mais bientôt abandonné parce qu'il irritait l'estomac.

Il y avait cinq mois que cet état persistait, et il allait en s'aggravant, lorsque je fus invité à voir la malade avec son médecin ordinaire. Les retours à peu près réguliers des accidents pendant la nuit rendirent à mes yeux impérieuse l'indication des antipériodiques; mais comme l'estomac s'était montré très susceptible, je conseillai de donner en lavement un mélange de quinquina et de valériane. Un changement total suivit l'administration de ces médicaments. L'état névralgique et convulsif disparut. Le retour à la santé fut graduel et complet.

Dumas eut, en 1806, une de ces heureuses inspirations qui décèlent le génie médical. Consulté par un jeune homme atteint d'épilepsie, il apprit que toutes les fois que ce malade usait de liqueurs spiritueuses, un accès avait infailliblement lieu. Alors il lui prescrivit d'en prendre chaque douzième jour. Ayant ainsi rendu cette épilepsie périodique, il l'attaqua, et la vainquit au moyen du quinquina (1).

IV. Une source précieuse d'indication se déduit des rapports dans lesquels l'élément vasculaire se trouve relativement à la surexcitation nerveuse. Tandis que le système nerveux est dans un état d'hypersthénie, l'appareil circulatoire peut offrir des degrés très variés d'excitation et de plénitude, ou d'affaiblissement et d'anémie; le sang peut se trouver dans des conditions très

(1) *Journal général de médec.*, t. XXXIX, p. 351.

diverses d'augmentation ou de diminution, soit de la fibrine, soit des globules. Ces différents degrés s'apprécient par l'aspect de la physionomie, la coloration et la température des téguments, la consistance des tissus, l'exercice des fonctions, l'action musculaire et par l'état du pouls.

L'observation apprend que l'élément vasculaire exerce sur l'élément nerveux la plus grande influence. Il importe donc, avant de diriger vers celui-ci des moyens quelconques de sédation, de modérer ou d'exciter, en un mot, de régulariser l'action de celui-là.

1° L'appareil vasculaire sanguin est-il trop énergique, le sang est-il trop abondant, il faut désemplir les vaisseaux ou diminuer l'afflux de ce liquide.

La phlébotomie, l'artériotomie, l'application des sangsues, des ventouses scarifiées, offrent leur secours. Elles sont utiles dans les affections convulsives. Les petites saignées répétées ont réussi dans l'hystérie. L'application des sangsues à l'anus est recommandée dans l'hypochondrie (1). On a vu, dans les vésanies, de bons effets des émissions sanguines. Daniel Cruger obtint une guérison complète après trente saignées (2); Haslam place ce moyen au premier rang pour les sujets jeunes et pléthoriques (3); Muller, de Wurtzbourg, le croit très utile au début de la maladie (4); Trompeo, de Turin, prescrit les sangsues au cou et les ventouses scarifiées à la nuque (5); Broussais a rapporté des exemples de monomanie homicide et de manie guéries par l'application des sangsues à l'épigastre (6).

Un fou se plonge un couteau dans le cou, une hémorrhagie

(1) Stahl, *Collegium casuale*, p. 250-269. — Schonheyder, *Acta societatis Hauniensis*, t. II, p. 313.

(2) *Eph. nat. cur.*, dec. 2, an. 4, obs. 10.

(3) *Edinb. med. and surg. Journal*, t. V, p. 452.

(4) *Bull. des sciences méd.* de Férussac, t. IV, p. 257.

(5) *Transactions médicales*, t. II, p. 139.

(6) *Ann. de la médec. physiolog.*, t. VI, p. 42.

abondante a lieu; on lie l'artère carotide, la folie cesse pendant longtemps (1). Est-ce la perte du sang, est-ce la ligature de la carotide qui a amené ce résultat? On peut soutenir ces deux opinions, établies sur la même base, c'est-à-dire sur l'influence que l'abord trop actif du sang exerce dans l'excitation cérébrale.

La pensée d'enchaîner, de ralentir l'afflux du sang par la ligature des gros troncs céphaliques, est née sans doute d'observations analogues. Elle a été réalisée avec succès par M. Preston, de Calcutta, dans un cas d'épilepsie, dans un autre d'épilepsie et d'hémiplégie, et dans une céphalée opiniâtre (2).

Un moyen plus innocent, mais toujours dirigé d'après les mêmes vues, consiste à lier les membres près du tronc, afin de ralentir, de retenir le sang dans les veines. On en a cité de bons effets (3).

On a fait l'appel du sang vers la périphérie à l'aide des ventouses sèches, afin de détourner ce fluide des organes centraux.

Les grandes ventouses du docteur Junod peuvent aussi rendre service dans les cas de congestion cérébrale, alors que les émissions sanguines ne doivent plus être répétées. J'ai voulu savoir si l'hémospasie serait utile dans l'épilepsie. Je l'ai essayée dans trois cas. Une jeune fille, peu menstruée, sujette depuis trois ans, sans cause connue, à des attaques qui se renouvelaient trois ou quatre fois par jour, avait employé sans succès divers antispasmodiques. Elle fut, du 15 au 30 juin, soumise à l'application quotidienne de la ventouse Junod, et dans cet espace de temps, elle n'eut que trois attaques d'épilepsie. On cessa; la maladie reprit son intensité première. Le 28 octobre 1842, on porta à l'hôpital une fille âgée de seize ans, qui, à neuf, avait eu la chorée, puis des attaques d'hystérie, et qui ensuite

(1) Observ. de Boileau, *Archives de médecine*, t. VIII, p. 45.

(2) *Transactions of the med. and phys. society of Calcutta*, t. V, p. 359-444; t. VI, p. 392.

(3) *Biblioth. german.*, t. I, p. 443.

était devenue épileptique. Elle avait des accès incessants, de plus un état de coma, d'insensibilité, qui faisait présager une grave affection de l'encéphale. Au nombre des moyens variés que je prescrivis, je joignis l'hémospasie. Elle fut absolument sans résultat. Cette fille mourut, et l'encéphale ne présenta aucune des altérations que je pouvais présumer. Un jeune homme de vingt-cinq ans, fort et pléthorique, soumis, après une forte saignée, à l'emploi du même agent, n'en eut aucun soulagement; la jambe et la cuisse sur lesquelles la botte avait été appliquée éprouvèrent une tuméfaction considérable, qui persista plusieurs jours et gêna beaucoup la marche. Chez une dame atteinte de manie aiguë, cette ventouse ne produisit aucun effet, ne donna même pas lieu à la tuméfaction ordinaire; il est vrai que cette dame, âgée de quarante-huit ans, est maigre et a les tissus très résistants.

Enfin, comme modérateur de la circulation du sang, on a mis en usage la digitale pourprée. Plusieurs praticiens l'ont employée dans l'épilepsie. Je l'ai essayée avec quelque succès dans le traitement de cette maladie. Elle a été recommandée contre l'aliénation mentale : Withering, William Jones (1), Mason Cox (2), Hallaran (3), l'ont administrée avec avantage. Fanzago, de Padoue, l'a donnée dans huit cas : il a eu deux réussites, trois améliorations et trois insuccès (4).

2° Lorsqu'avec l'hypersthénie nerveuse coïncident l'affaiblissement de l'appareil circulatoire, l'altération du sang et une débilité générale, des moyens opposés aux précédents deviennent nécessaires. Les toniques sont alors indiqués, ainsi que l'avait établi Tissot pour les maladies nerveuses en général, et que M. Guislain a cherché à le démontrer pour l'aliénation

(1) *Medical commentaries*, t. II, p. 302.

(2) *Ibid.*, t. XIV, p. 261.

(3) *An Inquiry into the cause producing, etc. — Edinb. med. and surg. Journal*, t. VII, p. 219.

(4) *Journal de médecine* de Corvisart, Leroux et Boyer, t. XXXVI, p. 62.

mentale. Voilà ce qui rend raison de l'utilité du quinquina, des amers, des ferrugineux, dans un grand nombre de névroses.

V. Les indications précédemment signalées ayant été remplies, il faut employer les moyens qui semblent avoir une action sédative spéciale, directe ou indirecte, sur le système nerveux. Ils sont très multipliés; je ne peux que les parcourir rapidement.

1° Parmi les *narcotiques,* l'*opium* tient à juste titre la première place. Diverses opinions ont été émises pour expliquer ses effets. Les uns ont vu en lui un sédatif absolu, les autres un véritable excitant. *Me herclè non sedat!* s'écriait Brown. L'opium, d'une part, calme les douleurs, modère la sensibilité, diminue le spasme, produit le sommeil; d'autre part, il active la circulation, augmente la chaleur, la perspiration cutanée, excite la menstruation, etc.: il a donc une double action; je l'exprime en disant qu'il est sédatif de l'élément nerveux et stimulant de l'élément vasculaire. Lorsque dans les maladies ce dernier est vivement excité, surchargé de sang, l'opium nuit; il est utile lorsque l'élément nerveux est essentiellement affecté, sauf le cas exceptionnel des idiosyncrasies, qui ne saurait détruire la règle générale.

L'opium est employé dans les spasmes nerveux, dans le tétanos, où il peut être donné à des doses énormes; dans la névropathie et les névralgies, où son action est peu durable; dans le somnambulisme, qu'il combat en rendant le sommeil plus complet. Il serait sans doute non moins efficace dans la chorémanie. Il est le principal remède du délire nerveux, du delirium tremens; il s'est montré fort utile entre les mains de MM. Forget et Chauffard, dans certains cas d'irritations cérébrales offrant les caractères de la méningite. Il produit d'heureux effets dans les irritations nerveuses et spasmodiques du larynx et des bronches.

J'ai vu un malade qui depuis longtemps usait de l'extrait gommeux d'opium pour diminuer une dyspnée nerveuse, et

prouve que de faibles quantités peuvent encore modifier énergiquement la vitalité des organes. Sous son influence, la sensibilité est émoussée ou troublée, l'irritabilité diminuée. Quelquefois à ce premier effet succède une réaction vasculaire assez marquée.

Lorsque M. Magendie eut publié les observations desquelles semblait résulter la possibilité de guérir la phthisie pulmonaire par l'emploi de l'acide hydrocyanique, la plupart des praticiens l'essayèrent. Je lui trouvai dans bien des cas des propriétés sédatives, et il fut réellement utile quand l'affection était essentiellement nerveuse. Je ne peux oublier le cas assez remarquable d'une jeune demoiselle jugée phthisique dans une consultation. Elle était fatiguée depuis plusieurs mois par une toux quinteuse, presque continuelle, et par des vomissements très fréquents. L'acide cyanhydrique fit cesser tous les accidents.

Plusieurs fois j'ai constaté l'utilité, soit de l'eau de laurier-cerise, soit de l'acide prussique dans les irritations nerveuses des voies digestives. En voici un exemple.

La nommée B., âgée de trente ans, cuisinière, d'une constitution délicate, maigre, d'une taille assez élevée, ayant la peau brune, les cheveux noirs, une sensibilité très vive et le moral développé, a été souvent malade par suite de dysménorrhée. Depuis un mois, elle se plaignait de douleurs vagues dans tout le corps, surtout dans l'abdomen; les selles étaient souvent diarrhéiques; il y avait de la céphalalgie, de la fièvre. Elle entra dans le service de la clinique le 18 août 1842. Sa face était colorée, sa peau moite, son pouls fréquent, concentré, un peu dur. Le thorax résonnait bien dans toute son étendue; le murmure respiratoire s'entendait partout; les battements du cœur étaient réguliers, mais un peu forts. Il y avait de la céphalalgie, de la soif; la langue était uniformément rouge, l'abdomen sensible à la pression; les selles étaient fréquentes, liquides. (Tisane de riz.)

19. La tisane est vomie; cinq selles diarrhéiques. (Extrait thébaïque et acétate de plomb, ana 0,05.)

20. Diminution des douleurs, langue moins rouge, apyrexie, une seule selle, mais vomissements. (Eau froide pour boisson, vésicatoire sur l'épigastre.)

21. Moins de vomissements, nausées fréquentes, douleur épigastrique diminuée, peu de fièvre. (Eau froide, lavement de lait, hydrochlorate de morphine 0,02 sur le vésicatoire.)

22. Fièvre, vomissements, peu de douleur à l'épigastre, point de diarrhée, langue rouge. (Potion avec eau de laurier-cerise et orgeat.)

23. Moins de vomissements, peu de fièvre.

24. Vomissement abondant d'un liquide verdâtre amer; point de douleur épigastrique.

Du 25 août au 15 septembre. Alternatives de mieux et d'aggravations, de nausées et de céphalalgie, de douleurs thoraciques et abdominales. (Sangsues sur les points douloureux; huile de croton tiglium sur l'abdomen produisant une éruption miliaire; vésicatoire à une cuisse.)

15 septembre. Fièvre, parfois vomissements, souvent nausées, peu de douleur à l'abdomen, selles rares. (Potion avec acide cyanhydrique médicinal, 4 gouttes.)

16, 17, 18. Amélioration. (Même moyen.)

19, 20, 21. Menstruation peu abondante.

22. Pouls fréquent, ventre tendu, dur, mais indolent, face colorée, peau chaude. (Dix sangsues à l'anus, l'acide hydrocyanique est repris.)

Du 23 au 30. Mieux manifeste; augmentation de la dose des aliments.

1er octobre. Recrudescence des symptômes, vomissement, douleur épigastrique, céphalalgie. (Eau froide.)

2. Même état, pouls fréquent, peau chaude, face colorée. (Potion avec acide hydrocyanique, gouttes 5.)

3. Moins de fièvre, un peu de moiteur, céphalalgie, nausées. (Même moyen.)

4. Peu de fièvre, pas de vomissement, céphalalgie.

2 avril. Tisane amère, avec sulfate de soude.

Du 3 au 25. Amélioration successive; retour de l'appétit et des forces.

Il y avait chez cet individu une névropathie très caractérisée. Le cyanure de zinc n'a pas été donné seul; il n'a eu sans doute qu'une faible part dans le succès du traitement, mais il m'a paru avoir fait du bien.

Deuxième observation. Françoise S., âgée de trente-quatre ans, cuisinière, veuve, bien constituée, très sensible, irrégulièrement menstruée. A dix-huit ans, par suite de chagrins, suppression des règles, puis attaques d'hystérie. Après six mois, retour des règles et disparition des attaques. A vingt-sept ans, accouchement laborieux, métrorrhagie, convulsions. Depuis cette époque, douleur et pesanteur habituelles à l'hypogastre; cependant cette femme a continué à travailler. Obligée de s'aliter par suite de l'aggravation de ses souffrances, elle est admise à la clinique le 30 juin 1842. Face colorée, pouls fréquent, peau chaude, céphalalgie, langue blanche, sensation d'un poids à l'hypogastre, douleurs aux lombes et dans les aines; émission de l'urine un peu difficile; leucorrhée; col utérin, exploré par le toucher et le spéculum, chaud, rouge, tuméfié. (Saignée du bras, caillot mou, non couenneux, quatre sangsues sur le col de la matrice, bains, injections émollientes, tisanes délayantes, laitage.)

Les jours suivants, les symptômes de la métrite ont beaucoup diminué.

Le 5 juillet. Réaction vive, fièvre, face colorée. (Saignée du bras, bains, etc.)

Le 6. Vomissement, constipation.

Le 7. Même état. (Huile d'amandes douces et de ricin.)

Du 8 au 13. Même état; quelques évacuations.

Le 14. Violente attaque d'hystérie, convulsions, cris. (Bains.)

Le 17. Menstruation.

Le 18. Cessation de ce flux, douleur hypogastrique, fièvre. (Dix sangsues à l'anus.)

Le 19 et 20. Mieux; retour des menstrues; puis aggravation des symptômes. (Quinze sangsues sur l'hypogastre.)

Le 23. Forte attaque d'hystérie, convulsions des membres supérieurs, flexion spasmodique des doigts, point d'écume à la bouche, yeux fixes, pupilles resserrées, perte de la parole, suspension incomplète de l'intellect, face vultueuse, resserrement des mâchoires, grincements de dents, tuméfaction des veines jugulaires, cris aigus, mouvements énergiques de flexion et de redressement du tronc et des membres; ces divers phénomènes avaient été précédés de malaise, de tristesse, de frissons et de la sensation de la boule hystérique. (Bain de deux heures.)

Du 24 au 31. Plusieurs attaques semblables à celle décrite ci-dessus. (Bains, camphre, assa-fœtida, etc.)

Du 1er au 13 août. Encore plusieurs attaques. (Saignées du bras et du pied, bains délayants, etc.)

Du 13 au 18. Le cyanure de zinc est commencé à la dose de 5 centigrammes et graduellement augmenté. Alternatives de mieux et de retour des douleurs, mais point d'attaque convulsive. Amélioration.

Le 18 et 19. Menstruation.

Du 20 au 24. Mieux très marqué. (Cyanure de zinc de 15 à 25 centigrammes.)

Le 25. Léger état saburral. (Magnésie et sous-nitrate de bismuth.)

Du 26 août au 3 septembre. Cessation entière des douleurs, appétit, état tel que la malade demande à sortir.

Cette observation est bien propre à démontrer le rôle important que joue l'utérus dans le dévelopement des symptômes hystériques. La métrite a d'abord été combattue. Les attaques d'hystérie s'étant manifestées, l'état nerveux s'étant prononcé, le cyanure de zinc a agi utilement, du moins l'amélioration la plus évidente a coïncidé avec son emploi.

Plusieurs autres fois j'ai trouvé ce médicament efficace. Il fut le seul moyen employé chez la femme atteinte d'aphonie hystérique mentionnée plus haut.

Je l'ai essayé sans succès dans deux cas de névralgie faciale, dans deux autres de céphalée nerveuse, et dans plusieurs d'épilepsie. Quoi qu'il en soit, je le considère comme une assez bonne acquisition pour la matière médicale.

Le cyanure double de fer hydraté, préconisé par Kirckhoff (d'Anvers) contre l'épilepsie, n'a pas répondu aux belles espérances qu'on avait conçues de son emploi.

On a vivement recommandé l'hydro-ferro-cyanate de quinine comme antipériodique et calmant. Je ne l'ai point expérimenté.

3° L'*acide carbonique* doit être placé parmi les sédatifs, car, dans son action sur l'ensemble de l'organisme, c'est un stupéfiant très énergique; étendu d'eau et dirigé vers les voies digestives affectées d'irritation nerveuse, c'est l'un de leurs meilleurs antispasmodiques; la potion de Rivière a depuis longtemps fait ses preuves; les eaux de Seltz, de Vichy, du Mont-Dore, réussissent fréquemment dans les surexcitations nerveuses et chroniques de l'estomac et des intestins.

4° L'*acide sulfhydrique* est encore un stupéfiant très délétère de l'économie vivante. Cet acide, ou les sulfhydrates dissous dans l'eau et ingérés à petites doses, modifient d'une manière remarquable les organes, accroissent leur activité fonctionnelle et suscitent des réactions qui vont se répéter vers la périphérie. Quelle que soit leur manière d'agir, ils produisent dans certaines irritations des effets sédatifs incontestables. On connaît l'utilité des eaux sulfureuses de la Raillière, à Cauterets, et de Bonnes dans les névroses et les phlegmasies chroniques des voies respiratoires, de la source de Mahourat à Cauterets, de la fontaine Saint-Roch d'Ax, des eaux légèrement sulfureuses de Cambo et de Castera-Verduzan, dans les lésions nerveuses et même les engorgements des viscères abdominaux, dans la gastralgie, dans

certaines névropathies. Je connais plusieurs hypochondriaques qui se sont félicités de leur usage.

5° Les médicaments nommés *antispasmodiques* sont en grand nombre. Étudiés dans leur action primitive ou dans leur action exagérée, on les prendrait pour des excitants; mais employés sous certaines conditions et avec ménagement, ils ont une influence sédative sur le système nerveux, dont ils modèrent l'irritabilité et régularisent le jeu.

Ces médicaments sont en général odorants, leurs principes sont volatils et plus ou moins fugaces. Le camphre, l'éther, le musc, l'ambre gris, le castoréum, l'assa-fœtida, le safran, appartiennent à cette série. On les oppose aux excitations variées de l'encéphale, aux états nerveux, ataxiques et hystériques; mais ils exposent à des mécomptes si les organes sur lesquels on les dirige ont une disposition inflammatoire.

Nous n'usons point en France du *melia azedarach*, communément employé dans l'Inde et surtout à Calcutta, contre l'hystérie (1). Il y aurait lieu de l'expérimenter.

La matière médicale est toutefois assez riche en médicaments de ce genre; la valériane est l'un des plus justement estimés. Dans le traitement de l'épilepsie, c'est peut-être encore l'un des meilleurs remèdes. La racine d'armoise a également des droits à la confiance des praticiens. Je l'ai trouvée utile quelquefois. Il n'en a pas été de même de l'indigo, qui n'a pas tenu toutes les promesses de ses prôneurs.

6° L'*oxide de zinc* n'est point un médicament sans valeur; il m'a paru avoir quelque effet dans divers cas d'épilepsie et dans les névralgies; mais il faut le donner à haute dose. Le sous-nitrate de bismuth est avantageux dans les névroses des voies digestives, surtout dans la gastralgie. Le sulfate de cuivre ammoniacal, le nitrate d'argent, dont on s'est beaucoup servi dans le traitement de l'épilepsie, sont maintenant très peu usités. Ce

(1) Skipton, *Transact. of the med. and phys. Society* of Calcutta. vol. I. p. 121.

ne sont peut-être que des révulsifs, comme l'arsenic, le sedum acre, l'huile de térébenthine, l'ammoniaque, qui, préconisés dans l'épilepsie, dans les névralgies, n'agissent sans doute qu'à ce titre.

7° L'*ipécacuanha* à doses petites et répétées, les antimoniaux, les purgatifs, en particulier le calomel, l'aloès, la gratiole, l'hellébore, sont encore des révulsifs qui produisent de bons effets dans certains cas de vésanies, surtout dans les monomanies et quelques autres névroses.

L'excitation du gros intestin, et l'appel vers les vaisseaux hémorrhoïdaux peuvent avoir des suites heureuses en provoquant le retour, soit des hémorrhoïdes, soit des menstrues supprimées. Une fille hystérique, atteinte d'aménorrhée, prend un lavement d'assa-fœtida dans lequel, par erreur, on délaie de la pommade de Gondret. Il en résulte une très vive excitation du dernier intestin, le flux menstruel est rétabli, et l'hystérie disparaît (1).

8° Les *révulsifs* que l'on applique sur la surface de la peau, ou dans les tissus sous-cutanés, offrent plus de sécurité, et souvent ne sont pas moins efficaces.

Les bains chauds alcalins ou sulfureux, les douches, les frictions sèches, ou activées par divers liniments stimulants, celles faites avec l'huile de croton tiglium ou avec la pommade stibiée, sont conseillés dans les affections nerveuses pour déconcentrer et déplacer l'irritation.

Les vésicatoires ont une action plus énergique; il est rare que, dans les irritations encéphaliques, on n'ait pas recours à leur emploi. Dans des convulsions persistantes, Hamilton recouvrait la tête avec un large vésicatoire (2). Clarke en appliquait un plus étroit sur la fontanelle sincipitale chez les enfants atteints d'éclampsie, en employant concurremment le calomel

(1) *Journal hebdomadaire*, 1832, t. VI, p. 17.
(2) *Annals of medicine*, t. V, p. 336..

et les bains tièdes (1). Avenbrugger traitait la monomanie suicide par l'application d'un vésicant sur l'un et l'autre hypochondre, par l'usage de l'eau froide et des moyens de contention que la prudence pouvait exiger. Il fut imité par Noëst et Leroy, d'Anvers (2).

La pommade ammoniacale est souvent employée pour soulever l'épiderme et permettre le contact de quelque médicament actif avec le derme.

Les cautères sont des révulsifs utiles dans les maladies nerveuses devenues chroniques. Leur utilité est démontrée par les heureux effets des suppurations formées spontanément. Zacutus Lusitanus en a retiré un grand avantage dans un cas d'épilepsie héréditaire (3). Amatus Lusitanus (4), Willis (5), Portal, etc., en ont aussi constaté l'influence. L'efficacité du cautère actuel est également prouvée par les exemples de guérisons de diverses maladies graves à la suite de brûlures accidentelles. L'épilepsie a été de la sorte vaincue (6). L'art a essayé, mais souvent en vain, de remporter une victoire semblable.

Le moxa offre un mode de cautérisation parfois avantageux.

La poudre de Vienne mêlée à l'alcool est un excellent caustique, qui participe de l'action du moxa par sa rapidité et par le sentiment vif de brûlure qu'il détermine, et de celle du cautère potentiel par la nature de l'agent employé et par le mode de désorganisation qu'il produit. Je donne la préférence sur tous les autres à ce caustique, dont les ravages se limitent avec une précision parfaite. Dans plusieurs cas de manie aiguë, après l'emploi convenable des émissions sanguines et des sé-

(1) *Medical facts*, t. VIII, p. 223.

(2) *Bulletin des sciences médicales*. t. II, p. 198. — Falret, *Hypochondrie et suicide*, p. 226.

(3) *Praxis admir.*, t. I, p. 187.

(4) Cent. IV, curat 24.

(5) *Pathologia cerebri*, p. 27.

(6) *Collection académ.*, partie étrang., t. III, p. 49. — *Revue médicale*, t. IX, p. 331.

datifs, je l'ai conseillé avec bonheur. C'est à la cuisse que je l'ai fait appliquer. Chez une jeune demoiselle atteinte de la fièvre cérébrale la plus grave, avec coma profond, convulsions, vomissements, etc., deux cautérisations faites avec la poudre de Vienne, l'une à la nuque et l'autre au sommet de la tête, ont obtenu la complète guérison de cette dangereuse maladie. Dans les gastralgies opiniâtres, je fais former deux ou trois escarres sur l'épigastre avec le même caustique. Ce moyen, aidé d'un régime approprié, est d'une efficacité réelle.

Le séton est encore un très bon exutoire dans beaucoup de cas d'affections nerveuses chroniques.

9° Quelques autres moyens ont été employés dans les maladies qui dépendent de la surexcitation nerveuse.

L'aimant a, dit-on, été utile dans l'angine de poitrine, l'asthme nerveux, les palpitations, l'hystérie. Il m'a semblé n'être pas sans action dans un cas de céphalalgie tenace. Je l'ai trouvé tout-à-fait inutile dans un tremblement nerveux, non sénile, malgré le nombre des plaques aimantées dont les membres étaient entourés. Le fluide magnétique paraît exciter la peau vers laquelle il est dirigé; il peut même y produire une éruption vésiculeuse. On doit néanmoins le considérer comme un sédatif du système nerveux. Mais cette action appartient-elle exclusivement à l'aimant? On a vu le fer non aimanté agir comme antispasmodique. Rigal de Gaillac, observateur distingué, le père de celui dont le nom est honorablement inscrit dans l'histoire de la lithotritie, a rapporté le fait suivant:

« Un peu avant que le terrible effet de la révolution forçât » les religieuses à quitter leur paisible demeure, Madame de F., » religieuse bénédictine au couvent de G., âgée d'environ » vingt-cinq ans, éprouvait depuis plusieurs mois, à l'époque » de ses évacuations périodiques, des mouvements spasmodiques » et convulsifs dans toutes les parties du corps et particulière- » ment aux extrémités. Ses bras, ses jambes se contournaient » et laissaient entendre des craquements, comme si on déchi-

» rait un parchemin. Dans cet état, ses idées étaient parfaite-
» ment lucides, son pouls dur, précipité, mais sans fièvre. Ce
» premier paroxysme durait trois ou quatre heures. Un
» gonflement de toute la région abdominale succédait. Le bas-
» ventre devenait dans tous ses points aussi tendu qu'un ballon.
» Ce gonflement durait autant de temps, disparaissait peu à peu
» dans les trois ou quatre heures suivantes. Le gonflement
» dissipé, les règles survenaient. Ainsi se terminait cette *insulte*
» nerveuse.

» Il n'est pas de remède qui ne fut mis en usage pour pré-
» venir ou pour combattre le mal. Sangsues à la partie interne
» et supérieure des cuisses, saignées de pieds, bains entiers
» bains de siége, pédiluves, petit-lait, emménagogues, opium
» camphre, antispasmodiques tels que la teinture de castor, la
» fleur de zinc, le musc, etc., tout fut successivement tenté dans
» l'une ou dans l'autre vue, tout fut constamment sans succès,
» et durant environ cinq mois, madame F. eut à supporter les
» mêmes crises. Elle en est prise un jour étant à la porte du
» parloir; ne pouvant se soutenir, elle s'appuie des deux mains
» à une barre de fer qui sert à la fermeture, et au même instant
» tout symptôme disparaît et les règles surviennent sans autre
» orage. A la prochaine époque on lui mit du fer dans les mains
» dès l'invasion de l'attaque; même résultat, point de crispa-
» tions, point de spasme, point de gonflement au bas-ventre,
» l'évacuation s'opère sans trouble.

» Persuadé qu'on devait rapporter les effets qu'avait produits
» ici le contact du fer à l'aimant qu'on dit qu'il contient, nous
» fîmes venir des plaques aimantées; elles furent appliquées en
» temps utile sur la région épigastrique, le trajet des nerfs
» brachiaux et dans la paume des mains : elles furent sans effet.
» On eut recours de nouveau au fer, dont le succès ne se dé-
» mentit jamais. Nous avions aussi essayé de faire empoigner
» des boules de marbre, de plonger les mains dans l'eau froide;
» ces essais avaient été également inutiles. »

Ainsi le fer et rien que le fer agissait comme un calmant aussi prompt qu'efficace dans une affection évidemment hystérique.

L'acupuncture, qui maintenant n'est plus de mode, a cependant apaisé beaucoup de douleurs.

L'électricité est plus propre à augmenter qu'à diminuer la surexcitation nerveuse.

Le galvanisme a été utile dans diverses névroses, telles que l'asthme, la gastralgie, la dyspepsie. On l'a essayé dans l'épilepsie (1).

La galvano-puncture a réussi dans certains cas de névralgie. J'en ai vu de bons effets dans la sciatique.

Enfin la section ou l'excision d'une portion du nerf malade dans le tic douloureux de la face a eu d'heureux résultats. J'en connais plusieurs.

VI. La longue série des moyens dont je viens de donner un rapide aperçu présente des ressources variées ; mais les effets avantageux qu'ils peuvent amener seraient vainement attendus si l'hygiène ne concourait pas à leurs succès.

Soit à titre de préservatifs, soit comme auxiliaires puissants de la thérapeutique, les moyens hygiéniques méritent ici une sérieuse attention.

L'individu chez lequel existe la surexcitation nerveuse doit par cela seul réclamer des précautions et des soins qu'on n'accorde ordinairement qu'aux personnes faibles. Une sensibilité exagérée rend plus vives, plus pénétrantes, plus fâcheuses toutes les impressions. Il faut donc les émousser autant que possible, et modérer les réactions qu'elles excitent.

L'abus des précautions et des soins a l'inconvénient d'accroître la sensibilité, de la rendre plus exquise. Il faut donc mettre une sage mesure dans les réserves et les garanties hygiéniques.

Il existe entre les forces nerveuses et les forces générales ou

(1) *Revue médicale*, 1827, t. III, p. 323. — *Biblioth. médic.*, 1827, t. II, p. 123. — *Journal des progrès*, t. IV, p. 256.

organiques une sorte d'antagonisme. Cette opposition se fait même remarquer entre les systèmes nerveux et musculaire. Le développement de l'un entraînant l'affaiblissement de l'autre, il s'ensuit que, pour modérer l'excitabilité nerveuse, on doit s'efforcer d'augmenter la puissance musculaire, ou, comme le disait le savant professeur Hallé, on parvient à diminuer la force active en élevant la force matérielle.

Il faut donc éviter les influences nuisibles, mesurer l'intensité, les proportions de celles auxquelles il est possible de s'exposer sans danger, et accorder aux agents utiles, aux moyens d'accroître l'énergie vitale, les facilités et les occasions de déployer leur salutaire influence. C'est par un sage emploi des ressources de l'hygiène que ces importantes vues peuvent être remplies avec succès.

1° L'*atmosphère* doit être pure, sèche et d'une douce température.

Les climats chauds nuisent dans les excitations nerveuses et vasculaires. J'ai vu des maladies graves de ce genre disparaître ou se modifier d'une manière heureuse par un changement de climat (1).

Une atmosphère humide et froide, un ciel nébuleux, sont peu favorables aux personnes nerveuses.

L'air des montagnes leur est bien préférable, à moins que l'excitation vasculaire ne soit trop vive.

L'air des bords de la mer est un tonique puissant; mais il ne convient que dans la saison chaude; encore faut-il que la faiblesse ne soit pas trop profonde ou que l'éréthisme vasculaire ne soit pas trop grand. Il existe une différence notable entre les bords de l'Océan et ceux de la Méditerranée. Ceux-ci sont plus propres à tempérer, à émousser la sensibilité; les premiers sont plus excitants et ne conviennent pas à certaines constitutions.

Un respectable ecclésiastique qui me consultait en 1827, étant

(1) Tel fut le cas de chorémanie cité précédemment.

alors âgé de 64 ans, me communiqua les observations qu'il avait faites à ce sujet sur sa personne. Doué d'un tempérament éminemment nerveux, sujet dans sa jeunesse à des pertes de connaissance et de forces, sans fièvre, sans trouble des fonctions digestives, il émigra en Espagne à l'âge de 24 ans. Il alla d'abord dans la Biscaye, il y était toujours souffrant. A Valence, il jouit d'une très bonne santé. Il se rendit à Lisbonne; mais pendant les trois mois qu'il y passa, il eut des attaques plus violentes et plus réitérées qu'auparavant. Il revint à Valence, et deux années se passèrent dans la meilleure santé. De retour en France, en 1802, il fut nommé curé dans une ville peu distante de l'Océan; il y devint souvent malade. C'était surtout au printemps et en automne qu'il était fatigué. Atteint d'un coryza habituel, il éprouvait une sorte de congestion céphalique, perdait l'ouïe, parfois la parole, et même sa vue s'obscurcissait. Les saignées, les sangsues, les vésicatoires, les cautères, les antispasmodiques, etc., furent inutilement employés. Le malade, se souvenant alors de l'influence heureuse de l'air de la Méditerranée, se rendit sur ses bords, et en obtint les résultats qu'il avait prévus. Trois fois en huit ans, cette expérience réussit.

L'air de la campagne est toujours favorable aux citadins qu'affecte l'hypersthénie nerveuse. J'ai vu un simple déplacement de deux ou trois kilomètres produire une notable influence sur la santé.

Lorsqu'il s'agit de fixer la résidence d'une personne atteinte de surexcitation nerveuse, il faut avoir égard à l'exposition des lieux. Un coteau, sans abri contre une ventilation trop active, ou contre les ardeurs du soleil, ou contre des pluies trop abondantes, serait défavorable. L'exposition à l'est ou au sud-est est la meilleure. Une plaine fertile où l'eau ne pourra jamais séjourner offrira une résidence parfaite.

2° Les *habitations* doivent être établies d'après ces principes, bien éclairées et largement ouvertes. Il importe qu'elles permettent à l'œil de parcourir un horizon assez étendu et de récréer

l'imagination, surtout quand celle-ci est disposée à se repaître de tristes images, à se remplir de sombres pensées. On doit éviter d'y rassembler beaucoup d'individus susceptibles de causer un certain tumulte ou d'altérer la pureté de l'air.

Il faut interdire aux femmes nerveuses un long séjour dans ces réduits qu'éclaire un demi-jour, que les essences parfument, où le luxe déploie toutes ses recherches, où le silence invite à la méditation, et où l'esprit, entraîné loin du positif, s'exalte facilement et s'égare.

3° Les *vêtements* doivent ou favoriser la conservation de la chaleur ou permettre son dégagement, selon les circonstances. Les individus qui présentent une grande excitation mentale, qui manifestent beaucoup d'énergie, dont la vitalité a besoin d'être réprimée, ne seront que légèrement vêtus. Ceux chez lesquels la surexcitation nerveuse s'accompagne des apparences d'une débilité générale, les hypochondriaques, les lypémaniaques, les malades atteints de névralgie, de névroses thoraciques ou gastro-intestinales, doivent être suffisamment prémunis contre les influences atmosphériques. La laine sera mise en contact immédiat avec les téguments. Il importera de tenir leurs extrémités toujours chaudes. Le froid aux pieds accompagne presque constamment les maladies dans lesquelles la vitalité tend à se concentrer sur les organes intérieurs et principalement vers la tête. Il est nécessaire de rétablir l'équilibre. C'est une recommandation fort simple en apparence et cependant des plus essentielles.

4° Les *frictions* sur toute l'habitude du corps, notamment sur les membres inférieurs, sur le dos et les lombes, ne doivent point être négligées. Elles donnent du ton aux organes, activent la circulation, égalisent la chaleur, favorisent la perspiration cutanée, déterminent des oscillations salutaires, qui se répètent au loin et produisent d'avantageuses diversions.

Le massage, peu usité parmi nous, atteint un but analogue. Hallé le croyait nuisible quand la sensibilité est trop vive. Je l'ai conseillé sans succès dans un cas très grave de lésion nerveuse

offrant un mélange de paralysie et d'instabilité musculaire.

5° Les *bains* tiennent un rang très distingué dans l'hygiène de la surexcitation nerveuse. Leurs effets sont relatifs à leur température.

Les bains tièdes, c'est-à-dire marquant 30 à 34 degrés centigrades, conviennent toutes les fois qu'il y a hypersthénie, érethisme, nécessité de relâcher les tissus, de faire un appel modéré des fluides vers la périphérie.

Ces bains doivent être plus ou moins prolongés. Je conseille souvent de dépasser l'heure généralement accordée à l'immersion.

Je donnais, il y a vingt ans, des soins à un Allemand, compatriote et ami de l'illustre médecin et astronome Olbers. Une constitution robuste, un tempérament sanguin et nerveux, une grande excitabilité, des céphalalgies opiniâtres, des douleurs vagues, une fièvre légère mais presque habituelle, formaient les principaux caractères de l'état de ce malade, dont les organes se montraient réfractaires aux agents les plus actifs de la matière médicale; les bains avaient été déjà prescrits, mais ils n'avaient produit aucun effet; je conseillai de les prolonger. M. B. ressentit alors du soulagement, et afin d'en éprouver un plus marqué, il retarda chaque jour sa sortie du bain. Il finit par y demeurer sept heures chaque jour pendant tout un été. Il m'assura que rien ne lui avait été aussi utile; en effet, la fièvre se dissipa, et les douleurs devinrent très supportables. J'ai plusieurs fois depuis cette époque donné un semblable conseil; mais je n'ai pu rencontrer une seconde fois la patience germanique qui devait en assurer l'exécution et le succès.

Les bains tièdes offerts par la nature sont d'une grande utilité. Une température douce, constante, uniforme, bien plus que quelques substances salines insignifiantes, motive les bons effets des thermes de Bagnère de Bigorre, de Baden en Argovie, etc. Les bains d'Ussat sont assez renommés aussi, et possèdent, comme ceux de Salut (Bigorre), l'avantage précieux d'un

renouvellement continuel de l'eau, dans laquelle le corps est plongé. Arrivant d'un côté, elle s'échappe de l'autre. Cette sorte de courant entretient un degré de chaleur toujours égal, et produit sur les téguments un glissement, une ondulation qui se propage agréablement au système nerveux. Je suis étonné que dans les thermes artificiels des grandes villes, où le luxe étale tant de recherche, on n'ait pas songé à imiter ce renouvellement continu du liquide.

Je disais qu'une température douce, agréable, était la cause probable de l'efficacité de ces bains. Ceux de Saint-Sauveur, depuis longtemps vantés et souvent utiles dans les maladies nerveuses, n'ont que 34 degrés; ils sont en outre très sulfureux; ils le sont même beaucoup plus que les bains dits du bois de Cauterets et que ceux du Couloubret d'Ax. Je m'en suis assuré par le procédé si simple et si parfait de M. Dupasquier (1): or, ces derniers, moins sulfureux, mais plus chauds de quelques degrés, passent avec raison pour être beaucoup plus excitants.

Dans les bains sulfureux naturels, il est un autre élément dont il faut tenir compte. C'est cette substance mucoïde, qu'on a nommée glairine ou barégine, qui abonde à Saint-Sauveur, à Plombières (2), et qui rend les eaux de ces sources si onctueuses, si douces au toucher.

Les bains frais calment très bien l'hypersthénie à la fois nerveuse et vasculaire. Les bains de rivière sont, pendant l'été, très favorables à la santé. Je les ai conseillés à beaucoup de malades avec succès. Dans les irritations de l'utérus, dans l'hystérie, dans l'hypochondrie, c'est un excellent moyen.

Les lotions, les aspersions d'eau fraîche sur les parties où se fait un dégagement de calorique très actif sont parfois très utiles. Les douches en arrosoir, tombant doucement sur la tête plusieurs fois par jour, sous la forme d'une pluie fine et froide,

(1) Sulfhydromètre. Voyez *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. VII, p. 728.

(2) Ce doit être la même matière que l'on trouve dans les eaux de Néris, Tercis, etc.

apaisent les irritations cérébrales. Esquirol conseillait de faire établir, dans ce but, un petit appareil pour pouvoir donner, selon les circonstances, jusqu'à 30 ou 40 de ces douches dans la journée.

Les bains froids doivent être de courte durée. Les bains de mer sont des modificateurs puissants de l'organisme. Ils provoquent un ébranlement, une réaction, une animation des plus favorables. Ils conviennent parfaitement lorsqu'à la surexcitation, à la mobilité nerveuse, se joignent l'exubérance lymphatique et l'inertie des systèmes vasculaires sanguins. Souvent on ne s'attendrait pas, dans des cas de débilité générale, à voir les bains de mer produire des effets heureux. Cependant on ne saurait en disconvenir. Je soignais l'an dernier une petite fille, fort délicate, très nerveuse, atteinte d'une irritation ou plutôt d'une susceptibilité extraordinaire des voies digestives. Les moindres excitants alimentaires ou médicamenteux occasionnaient des vomissements, la diarrhée ou des coliques. Les plus grandes précautions étaient nécessaires pour entretenir la chaleur de la peau; à peine cette enfant pouvait-elle se soutenir. Je l'envoyai, au mois d'août, sur le bord de l'Océan, pour recevoir l'influence d'un air tonique. On essaya quelques jours après de la plonger dans l'eau de la mer; elle ne s'en trouva pas mal. On réitéra l'essai, qui réussit encore. Après une vingtaine de jours, l'enfant revint dans des conditions assurément meilleures, et l'air de la campagne pendant les mois de septembre et d'octobre vint ajouter à ce bon résultat. Une jeune demoiselle de dix ans m'avait offert depuis trois années, dans une progression croissante, les indices d'une hydrocéphalie chronique, sans dilatation du crâne, lequel toutefois était naturellement ample. Il y avait cécité d'un œil, faiblesse de l'autre, impuissance de se tenir sur les membres inférieurs. Cet état était devenu stationnaire depuis environ six mois. Les bains de mer ont été employés. Ils ont eu une action fortifiante très manifeste sur les organes locomoteurs. Maintenant cette

jeune personne marche presque sans appui, et ses yeux distinguent mieux les objets.

Les bains de mer rétablissent l'équilibre entre les divers organes, régularisent la distribution de la vitalité et de la chaleur. M. C., négociant d'un département voisin, vint, il y a huit ans, me faire part des maux qu'il éprouvait. Étant entré dans un cellier frais et vaste, ayant la tête découverte, il fut pris d'une céphalée qui, malgré les émissions sanguines et les vésicatoires, persista. Il y eut en outre des lipothymies, des spasmes, surtout dans les lieux renfermés, dans les grandes réunions. Les extrémités inférieures étaient toujours froides. D'après l'état du pouls, l'aspect de la physionomie, je jugeai que de nouvelles émissions sanguines seraient inutiles, que cette affection était essentiellement nerveuse et que les bains de mer produiraient une réaction utile. En effet ils rétablirent l'équilibre rompu entre le cercle inférieur et supérieur. La chaleur devint égale partout. La névropathie perdit de son intensité.

Les bains de vapeur ont été employés dans quelques cas d'affections nerveuses. On les a rendus médicamenteux, par exemple, en ajoutant à l'eau en ébullition une certaine quantité de racine de valériane.

Les bains russes exposent le corps à une alternative brusque de chaleur très élevée et de froid glacial. Une prompte réaction en est la suite.

L'hydrothérapie de Priesnitz offre jusqu'à un certain point une imitation de ce procédé. Au lieu de placer ses malades dans des étuves, le guérisseur de Graëfenberg les accable de couvertures de laine, et quand ils sont en sueur il les plonge dans l'eau froide; en même temps il leur fait boire beaucoup d'eau fraîche et leur prescrit un exercice soutenu. Les cures qu'il produit ainsi n'ont rien d'étonnant. Il n'est pas de médecin observateur qui n'ait été témoin des succès d'une habile perturbation. Il est fâcheux pour la dignité de l'art qu'un simple paysan, au sein de la savante Germanie, ait mis en

jeu avec intelligence les grands ressorts d'une hygiène puissamment médicatrice. Mais ce doit être une leçon non perdue pour les graves docteurs, accoutumés à ne chercher leurs leviers que sur les tablettes d'une pharmacie.

6° Dans le traitement des affections nerveuses comme dans celui de toutes les autres maladies, il importe de régler le régime alimentaire. Une nourriture trop abondante, trop succulente, trop stimulante, aurait de graves inconvénients. La sobriété convient toujours; elle est une condition de force et de longévité.

Le laitage, les fécules, les herbes potagères, la chair des jeunes animaux, le poisson frais, les œufs, les fruits aqueux et fondants, en un mot les aliments d'un goût peu relevé, mais agréable, et assez tendres pour céder sans effort à l'action des organes digestifs, conviennent dans presque tous les cas de surexcitation nerveuse. Ils peuvent être rendus un peu plus toniques, être fournis par la chair des animaux adultes lorsqu'il est nécessaire de rendre la nutrition plus active.

Leur température doit être indiquée. Ordinairement, s'ils sont froids, ils se digèrent mieux et sont plus propres à modérer l'excitabilité des voies digestives.

Il faut régler aussi l'ordre des repas. Quelquefois il vaut mieux les multiplier, pour que chacun d'eux soit moins copieux. Celui du soir doit être très léger ou presque nul.

La meilleure de toutes les boissons est l'eau pure et fraîche pour les malades atteints de surexcitation nerveuse. Les vins blancs leur seraient nuisibles. L'eau de Seltz peut être utile en favorisant les digestions. La bière très étendue est préférable au vin. Le vin rouge, vieux et de bonne qualité, mêlé de beaucoup d'eau, convient quand il s'agit de relever les forces générales.

Le thé, le café, les liqueurs spiritueuses doivent être sévèrement bannis. Ces boissons produisent l'insomnie, l'agitation.

Il faut autant que possible rendre le régime laxatif. Cette

recommandation est nécessaire lorsqu'on traite des individus atteints d'hypochondrie, d'hystérie, d'aliénation mentale. Les fraises, les cerises, le raisin, les fruits cuits favorisent les évacuations alvines. J'ai prescrit aussi dans ce but le pain de seigle frais.

7° L'influence de l'exercice sur l'organisme est d'un haut intérêt. Une vie oisive, molle, voluptueuse, aiguise la sensibilité et conduit à la surexcitation nerveuse. Une vie active, occupée, partagée dans de justes proportions entre l'exercice et le repos, le travail et le sommeil, en est le meilleur préservatif.

L'exercice favorise les digestions, augmente la consistance et la force des organes, rend la chaleur animale plus expansive, le sommeil plus profond, l'esprit plus gai. En développant la force musculaire, il diminue l'excès de la sensibilité.

L'exercice doit toujours se borner à l'emploi des forces dans une juste mesure. Porté jusqu'à la fatigue, il les épuise et devient nuisible.

C'est en plein air qu'il doit être pris. Le matin, de bonne heure, il est très favorable à la santé. La célèbre Agnès Sorel, qui conserva jusqu'à un âge avancé la fraîcheur de la jeunesse, se levait, dit-on, avec l'aurore, montait un coursier rapide, et après une ou deux heures de promenade, rentrait se mettre au lit.

L'équitation est utile aux hypochondriaques, aux individus faibles et délicats qui ne peuvent se livrer à une marche prolongée. La voiture, le bateau, sont des moyens de gestation réservés également pour les personnes très débilitées ou qui ont à faire un long voyage.

Hors ces circonstances, l'exercice à pied est toujours préférable. Les promenades, les marches en compagnie sont à la fois agréables et salutaires; les voyages dans les montagnes, excités par la curiosité, concourent beaucoup au rétablissement des forces et de la santé.

J'ai souvent conseillé d'aller aux Pyrénées, non pour boire

ou même se baigner, mais pour marcher, regarder et se distraire. Le traitement de la mélancolie, chez les anciens, avait également pour but de procurer de l'exercice et de frapper les sens et le moral (1).

Indépendamment des exercices spontanés, tels que la course et le saut, qui s'exécutent sans art et avec ardeur dans les premières années de la vie, il en est qui ont des règles précises, qui assujettissent à des mouvements déterminés et exigent une véritable éducation. Tels sont l'escrime, la danse, la natation. Ils peuvent être d'une grande ressource dans certains cas, lorsque les forces en permettent l'usage et qu'ils sont en rapport avec les goûts des malades.

On a si bien senti, depuis plusieurs années, l'importance de l'exercice, qu'on a de toutes parts élevé des gymnases où l'action musculaire est soumise à une direction régulière, à un développement graduel; favorable à l'accroissement des forces générales. Ces établissements rendent service à la jeunesse et surtout aux enfants faibles et nerveux.

Dans les vésanies on a désiré, par divers moyens mécaniques, assurer l'exercice, suppléer à celui que les malades ne peuvent ou plutôt ne veulent pas prendre spontanément. Telles sont ces chaises mobiles qui forcent les lunatiques de Glascow à se balancer (2); telle est cette machine rotatoire, introduite par Cox, modifiée dans l'établissement de Cork, et qui a provoqué des congestions cérébrales (3).

8° L'abus des plaisirs vénériens étant une cause de surexcitation nerveuse, il est naturel de recommander à leur égard une grande modération, et même une interdiction complète si les organes génitaux sont le point de départ de la stimulation générale. D'autres fois la continence prolongée n'est pas sans inconvénient. Dans l'hystérie, par exemple, les conseils à

(1) Pinel, *Nosographie philosoph.*, t. III, p. 99.
(2) *Bulletin des sciences méd.* de Férussac, t. V, p. 79.
(3) *Nouvelle biblioth. méd.*, t. I, p. 309.

donner ne doivent pas l'être d'une manière banale; ils exigent du discernement. Si cette maladie est l'expression d'un besoin non satisfait, le mariage convient. Si elle est le produit d'une excitation morbide, d'une phlegmasie chronique, d'une altération quelconque des organes sexuels, l'union conjugale doit être interdite. Enfin, si elle paraissait due à des stimulations mécaniques, étrangères au but du mariage, elle réclamerait l'accomplissement modéré, mais intégral, des fonctions sexuelles, dans la vue de donner aux organes l'occasion de modifier leur vitalité, de faire passer l'économie par les phases diverses de la gestation, du part et de l'allaitement, d'opérer ainsi de successives révulsions, et de satisfaire pleinement le vœu de la nature.

9° Les impressions sensoriales, chez les individus où domine le système nerveux, exigent de grands ménagements. Lorsque Montaigne, encore enfant, prolongeait son sommeil, on ne le réveillait qu'au son de quelque instrument. Ce raffinement de précaution, qui n'a pas été, je crois, souvent imité, prouve combien le père de ce philosophe célèbre jugeait important de de ne pas ébranler brusquement une constitution sensible et délicate.

Les jeunes enfants dont la surexcitation nerveuse est héréditaire, les personnes du sexe, à l'époque de la menstruation, pendant la grossesse ou durant les couches, les hypochondriaques, les individus disposés à la chorée, aux spasmes, à la névropathie, aux vésanies, etc., doivent éviter les scènes bruyantes, les tableaux effrayants, le spectacle de la douleur, toute commotion soudaine, toute impression vive, susceptible d'exciter les sens, de monter l'imagination et d'affecter l'âme.

Il faut redouter, pour les personnes nerveuses, irritables, mélancoliques ou hystériques, les effets d'une musique dont les accords imitent l'expression des sentiments tristes ou des passions tendres et voluptueuses, et surtout des instruments dont les tons s'élèvent par un frémissement croissant et continu. Une

musique gaie, animée, variée, peut, au contraire, produire d'agréables diversions.

Les sensations olfactives méritent aussi d'être surveillées : il faut éloigner habituellement toutes ces essences, tous ces véhicules odorants, qui affectent le système nerveux et procurent des impressions d'abord agréables, puis dangereuses; mais, d'autres fois, on se sert d'émanations fortes, d'odeurs fétides, repoussantes, pour agir vivement sur les organes sensibles, et les retirer de l'état de spasme où ils sont; ainsi, on fait respirer de l'acide acétique, de la plume brûlée, de l'ammoniaque, etc., dans les attaques d'hystérie, d'épilepsie, etc.

Ce serait ici le lieu de mentionner l'influence qu'exercent sur l'organisme certaines impressions, certaines manœuvres, qui, exécutées dans des conditions spéciales, ont pour résultat de concentrer la sensibilité, d'en limiter les rapports, et de faire naître dans le système nerveux des modifications remarquables; je veux parler du *magnétisme animal.* Il a été employé comme sédatif dans l'hystérie, la névropathie. J'ai connu un ancien médecin, homme instruit, disciple désabusé de Mesmer, qui cependant s'en servait de temps à autre avec quelque succès, lorsque l'occasion s'en présentait. Je n'en dirai pas davantage d'un moyen que je n'ai pu juger par mon expérience personnelle, et qui a presque toujours été exploité par le charlatanisme.

10° Le médecin chargé de ramener le système nerveux à son type normal ne saurait négliger l'emploi des *moyens moraux.* Pour réussir, il doit s'efforcer d'abord de gagner la confiance du malade; c'est se rendre maître du terrain sur lequel sera tracée la ligne de ses opérations; il faut ensuite bien étudier ce terrain.

Rencontre-t-il une intelligence susceptible d'exaltation, et disposée à concentrer toute son activité sur quelques idées, il importera de donner aux sensations de la variété, de partager

l'attention entre de nombreux objets, et de briser la tendance à la méditation.

Ce moral est-il enclin à s'alarmer, à se préoccuper au sujet de la santé, il faut empêcher l'attention de se fixer sur des sensations légères, sur des douleurs momentanées, bannir ces précautions multipliées, ces soins minutieux, et cette pusillanimité ridicule, qui font exagérer les maux réels, et en créent d'imaginaires.

De bonne heure il convient d'habituer l'âme à ne pas se remplir d'idées chimériques, à ne s'occuper que d'objets réels et positifs; il faut la familiariser, sans secousses vives, avec les contradictions et les événements, la fortifier par l'expérience des choses, et la mettre en mesure de résister aux vicissitudes du sort.

Si chez quelques uns la concentration de toutes les facultés de l'âme sur certaines idées peut être dangereuse, il en est d'autres dont le moral est d'une extrême mobilité, d'une grande frivolité de pensées, qui mène presque infailliblement à une légèreté de conduite qu'on peut considérer comme un commencement de vésanie. Il faut donc alors ne pas trop multiplier les sensations, exiger une attention soutenue, et ne pas laisser prendre l'habitude de l'irréflexion.

Le désœuvrement est une circonstance fâcheuse lorsqu'existe une disposition quelconque aux affections nerveuses. Il faut créer des occupations qui excitent l'intérêt, l'amour-propre, l'émulation.

Il faut éviter la continuité des mêmes occupations. Un changement dans le sujet du travail, un partage judicieusement ordonné entre les divers genres d'études, est aussi favorable à l'entretien de l'activité morale qu'une succession bien entendue de cultures diverses est propre à maintenir la fertilité du sol. Le changement tient lieu de repos.

Le goût des arts agréables peut d'ailleurs fournir d'excellents moyens de distraction, occuper l'esprit sans le fatiguer,

favoriser les affections expansives. La musique, la peinture, la poésie, offrent leur séduisant concours.

Dans l'âge mûr, il faut souvent faire jouer d'autres ressorts. Je n'en connais pas de plus puissant que l'amour de la propriété. J'ai maintes fois envoyé à la campagne des malades atteints de névropathie, d'hypochondrie, etc.; ils en revenaient avec les mêmes souffrances, les mêmes dégoûts, la même apathie. Depuis nombre d'années je ne leur dis plus: Allez à la campagne. Mon ordonnance porte, quand elle peut être exécutée: Achetez une campagne. C'est, en effet, tout autre chose. A peine l'acquisition est-elle conçue ou exécutée que des projets nombreux d'amélioration se combinent, que des soins, des détails multipliés s'emparent de l'attention, qu'un intérêt très vif fait trouver en ce lieu les fruits excellents, l'air extrêmement salubre, la position charmante, l'eau d'une qualité supérieure. Il n'y a pas jusqu'aux contrariétés que donnent la diverse influence des temps, les mécomptes de la production, la paresse des colons, qui, en rendant plus piquants les plaisirs du succès, ne tournent au profit de ce genre de traitement moral. Je pourrais rapporter ici des exemples très remarquables de guérisons obtenues par ce moyen, qui a, en outre, l'avantage de rendre l'exercice tout-à-fait obligatoire.

Un conseil important à donner à celui que fatigue la surexcitation nerveuse est de chercher ses distractions dans le sein de sa famille ou du moins dans la société d'un petit nombre d'amis.

Une vie régulière, une vie pieuse est un excellent préservatif des conséquences de la surexcitation constitutionnelle. J'en ai rapporté des exemples. Je connais, en outre, des personnes ainsi prédisposées qui répriment fortement des tendances nerveuses, hystériques, vésaniques, etc., par l'accomplissement sincère et bien entendu des devoirs religieux.

Je sais que l'excès ici pourrait être non moins préjudiciable que l'usage convenable est avantageux : aussi ne conseillerai-je jamais d'exposer les personnes dont le moral est susceptible

d'exaltation, à ces prédications véhémentes, à ces discours chaleureux, destinés à ébranler la multitude, et qui, frappant d'une manière égale des esprits d'une inégale susceptibilité, risquent d'en frapper quelques uns trop fort. L'imagination une fois montée, l'âme absorbée par des conceptions mystiques, une voie large est ouverte à toutes les aberrations de l'esprit.

Je suis loin d'admettre toutefois que ces influences fâcheuses, sur lesquelles on a tant insisté, soient si communes dans le siècle où nous vivons; et je ne saurais, d'autre part, oublier que l'intervention d'une foi ardente a souvent produit les résultats les plus heureux, les plus inespérés. Les neuvaines, les prières faites en telle ou telle chapelle, ou sous le patronage de tel ou tel saint, ont été suivies de cures réellement étonnantes. J'ai été témoin de quelques événements de ce genre. Une dame qui offrait l'état nerveux le plus prononcé, une fièvre presque continuelle, une irritation gastro-intestinale, une menstruation difficile et douloureuse, qui, depuis près de deux ans, avait gardé le lit, sans le moindre soulagement, fut, par suite d'une pieuse invocation, subitement délivrée de ses maux... parce que ses maux n'étaient encore que nerveux. Deux ans plus tard, cette même dame me présenta le développement successif de tous les symptômes de la phthisie pulmonaire. Aucun moyen, aucune invocation ne put enrayer la marche de cette cruelle maladie, dont la guérison eût été alors à mes yeux un vrai miracle. Une demoiselle qui jouit aujourd'hui d'une bonne santé, était, il y a quinze ans, fort malade: dans deux consultations on avait à peu près déclaré qu'elle avait des tubercules pulmonaires. Je lui avais fait placer un séton sur le côté gauche de la poitrine. Elle avait une toux quinteuse et sèche, une insomnie opiniâtre, un état fébrile plus nerveux qu'hectique. On réclama, à mon insu, les prières du prince de Hohenlohe. Le neuvième jour, cette demoiselle se leva, alla à la messe, cessa complétement de tousser, et depuis elle s'est parfaitement portée. Nous n'avions affaire qu'à une surexcitation nerveuse. L'état nerveux est donc modifiable par les moyens moraux lorsqu'une foi vive donne à ces moyens

la plénitude de leur puissance. Pourquoi donc repousserait-on, pourquoi même n'accueillerait-on pas avec respect une ressource si précieuse lorsque l'art a épuisé les siennes?

Dans les monomanes on chercherait en vain à ramener le moral par le raisonnement; il faut entrer dans leurs erreurs pour les détruire et parler aux sens. Le nommé R..., clerc d'avoué, était à l'hôpital pour une ophthalmie chronique. Il vint me demander à entrer dans mon service, afin d'être débarrassé d'un lézard et de nombreuses salamandres qu'il était bien sûr d'avoir dans les entrailles. Je l'admis, pour rendre les élèves témoins de cette zoomanie. Je parus croire tout ce que me disait cet individu, et promis de le guérir. Au bout de quelques jours je lui fis prendre un purgatif sous le nom sonore de l'électuaire cariocostin. Donné vers minuit, ce remède agit avant le jour, et l'infirmier, prévenu de mon dessein, jeta dans la chaise percée une certaine quantité de vermicelle à demi cuit. Notre fou reconnut avec joie toutes ses salamandres. Quelques jours après, un nouveau purgatif donné sous la pompeuse dénomination de diacolocynthidos et l'introduction adroite d'un lézard mort dans la chaise, achevèrent la cure de cette monomanie.

Lorsque la surexcitation nerveuse a fait naître un désordre intellectuel profond, le meilleur, le premier moyen de ramener l'ordre est de soustraire les sens aux impressions vives et variées, d'éloigner les objets qui entretiennent des souvenirs fâcheux, en un mot d'isoler l'individu. Mais comme un isolement absolu serait nuisible et même impossible, ce sont plutôt des rapports nouveaux qu'il faut établir. Ces rapports seront appropriés à l'état intellectuel du malade, dosés, pour ainsi dire, selon l'activité, l'impressionnabilité des sens, et selon le genre d'idées qu'il s'agit d'éviter ou de favoriser. De là l'extrême difficulté de traiter un aliéné dans sa famille et l'immense avantage de ces asiles bienfaisants, où des personnes expérimentées étudient les besoins, les tendances, les écarts du moral, pour le ramener dans les voies de la raison.

Ce but est atteint par l'alliance de la douceur et de la fermeté.

Jadis les aliénés étaient traités comme des bêtes fauves. *Pinel* brisa leurs chaînes (1). Grâces lui soient à jamais rendues! Il fit au grand jour et avec un salutaire retentissement ce qui, de temps immémorial et sans bruit, se pratiquait dans un petit village de la Belgique, à Ghéel, où les fous, jouissant d'une liberté entière, étaient comme dans une vaste maison de santé.

L'aliéné ressemble beaucoup à l'enfant. Il faut savoir le dominer; il est bon de lui montrer de la confiance, tout en se tenant sur ses gardes. Il est essentiel de rechercher l'ordre d'idées sur lequel on pourra exercer quelque influence, la disposition morale qu'il conviendra de réprimer ou de développer, les goûts qu'il faudra faire naître ou combattre. L'occasion doit être saisie dès qu'elle se présente. Je soignais un jeune homme atteint d'une aliénation mentale grave. Il était dans un local isolé, loin de sa famille, entouré de soins multipliés. Il n'avait que quelques moments un peu lucides; le jugement était encore extrêmement altéré. Je parlais dans une visite de quelques jeux. Je m'aperçus qu'à ces mots son attention parut éveillée. Je fis porter des cartes; il se mit à jouer sans mot dire avec son gardien. Dès ce moment s'opéra dans son intellect une heureuse révolution; il fut possible de le faire obéir, de le mettre, de le tenir au bain sans employer la force ou la contrainte. Le désir de jouer se prononça de plus en plus, l'esprit commença à se livrer à des combinaisons plus régulières, les actes devinrent aussi plus raisonnables : les progrès furent rapides, la guérison s'opéra de la manière la plus complète.

Sous le nom de révulsion morale, on a préconisé les avantages d'une impulsion forte donnée au moral des aliénés, d'un développement suscité dans une série déterminée d'idées, afin de remuer avec ce levier l'entendement tout entier, et d'y ramener l'ordre. Les faits rapportés à l'Académie par M. *Leuret* (2) sont vraiment remarquables.

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, t. V, p. 30.

(2) *Idem*, t. VII, p. 552; t. IX, p. 655.—*Trait. moral de la folie.* Paris, 1840, in-8.

Un essai d'un genre nouveau a été tenté à Bicêtre. Faire jouer la comédie par des fous est une idée ingénieuse. J'ignore quels en seront les résultats définitifs. L'exécution de ce projet semble même, au premier abord, à peu près impraticable. Comment assujettir ces êtres si distraits à comprendre le but, et saisir les détails de l'action qu'ils sont chargés de représenter? Cependant la pièce a été, dit-on, assez bien rendue. L'expérience prouve que les aliénés retiennent une partie de l'exercice de leurs facultés intellectuelles. Ils peuvent exécuter des travaux, se soumettre à des pratiques qui dénotent que la volonté et la raison n'ont pas entièrement abdiqué leur empire. J'ai été attaché pendant quelque temps comme médecin-adjoint à un hospice d'aliénés dans lequel l'usage était établi de faire assister chaque année, tous ceux qui n'étaient pas furieux, à la procession de la Fête-Dieu. Il était assez curieux de voir deux longues files de fous des deux sexes, portant un cierge à la main, précéder le dais, s'agenouiller à chaque station, se relever ensuite avec calme et régularité, se comporter, en un mot, comme des gens très sensés. Mais le lendemain on les retrouvait non moins fous que la veille.

N'oublions pas, dans le traitement de toutes les névroses, d'inspirer aux malades de la patience, de la résignation, de ranimer sans cesse l'espérance dans leur âme, de soutenir leur courage dans ces longues périodes de souffrances et d'ennui, par la perspective d'une fructueuse attente; car, nous ne saurions nous le dissimuler, la main lente du temps est un auxiliaire précieux dont l'art doit en secret invoquer le secours.

DE LA NATURE ET DU DÉVELOPPEMENT

DES

PRODUITS ACCIDENTELS[1]

PAR M. LE DOCTEUR CH. BARON.

Considérations générales.

L'histoire des productions morbides accidentelles présente encore quelques lacunes; leur siége, leurs formes, leurs conditions de développement ont été soigneusement indiqués; mais on a décrit ces productions seulement à l'état de complète formation, et trop souvent négligé l'analyse des différents éléments qui les constituent. Si quelques uns de ces éléments ont été découverts, on n'a pas assigné à la plupart leur véritable importance. De même l'évolution successive de la plupart des tissus anormaux a été en apparence complétement indiquée; et cependant il faut reconnaître dans cette partie de la science des erreurs et des omissions. Ainsi, on a plusieurs fois regardé comme un accident de forme consécutive ce qui devait, au contraire, donner la clef de la formation primordiale de la production elle-

(1) Ces Mémoires sont extraits d'un travail complet présenté par l'auteur à l'Académie royale de médecine, sur le mode de formation et de développement des productions accidentelles dans l'économie animale. Un autre Mémoire, faisant partie du même travail et ayant pour objet la nature des tubercules, a été publié dans les *Archives générales de médecine*, en 1839.

même. Par exemple, on a pris pour des cancers ramollis des cancers commençant à peine à se former. De plus, lorsqu'on décrit le développement d'un tissu morbide, on prend ordinairement pour point de départ l'état où le tissu commence à se manifester à une inspection grossière, et on omet tous ceux qu'il traverse depuis le moment de son origine jusqu'à celui où il devient très apparent. Cette recherche tendait pourtant à éclairer la nature des productions anormales, et pouvait mettre sur la voie de prévenir leur formation.

Ce n'est guère que dans ces dernières années que quelques observateurs, aidés du microscope ou de l'analyse chimique, se sont livrés à l'investigation des éléments des tissus anormaux, et leurs résultats ont puissamment aidé mes efforts dans la recherche de l'origine et de la nature des productions accidentelles : c'est ce but que j'ai cherché à atteindre, soit par l'examen direct des altérations, soit par l'analyse des auteurs, soit encore par l'induction. C'est en procédant de cette manière que je suis arrivé aux opinions que je vais émettre sur les points qui sont le sujet de cette dissertation.

Cherchons d'abord à établir que toutes les productions accidentelles ont une nature et une origine identiques. Plusieurs raisons prouvent la vérité de cette proposition.

1° La similitude fréquente des tissus anormaux, similitude qui rend quelquefois difficile, même à une inspection attentive, de discerner les uns des autres les divers produits, prouve qu'outre les états extrêmes de développement dans lesquels chacun des produits se présente avec tous ses caractères parfaitement reconnaissables, il en est d'autres qui servent, pour ainsi dire, de chaînons intermédiaires, et dans lesquels paraissent se confondre les propriétés des différentes productions. C'est ainsi que l'on est souvent embarrassé pour savoir si l'on doit rapporter au tissu encéphaloïde non ramolli, au tissu squirrheux ou au tissu fibreux, certaines altérations viscérales. D'autres fois,

c'est entre le tubercule et l'encéphaloïde à l'état de crudité que la distinction est difficile; ou bien, c'est entre les fausses membranes et les granulations tuberculeuses, comme on l'observe dans le péritoine; ou bien encore, entre les tubercules et les indurations inflammatoires simples, comme les granulations pulmonaires, prises par les uns pour des tubercules rudimentaires, par les autres pour des vésicules indurées, en offrent l'exemple. Faut-il rappeler encore que les abcès métastatiques ont été longtemps confondus avec les tubercules? Dans certains organes, la distinction entre les différents tissus anormaux paraît être plus difficile encore que dans les autres. Ainsi, M. Cruveilhier (1) dit que rien n'est plus difficile que de classer les tumeurs du cerveau, parce qu'à l'exception des maladies tuberculeuses, un grand nombre de productions organiques développées au sein de cet organe offrent des caractères qui ne sont pas parfaitement tranchés. J'ajouterai que l'on peut étendre à l'altération tuberculeuse la proposition ainsi formulée par ce savant professeur pour les autres altérations, car les médecins ne s'accordent pas encore sur la véritable nature des granulations des méninges, que les uns regardent comme des tubercules, les autres comme du pus concret.

2° Les transformations mutuelles qui s'établissent parfois entre quelques unes des productions. — Ainsi, le pus se convertit en fausse membrane; le cancer se change en pus (2); les hydatides se transforment en tubercules et en cancer (3), les cartilages en ossifications, les tubercules en concrétions pierreuses (4). Le tissu fibreux peut, au bout de quelque temps, disent les auteurs du compendium (5), passer à l'état de tissu cartilagineux; et dans celui-ci se déposent ensuite des substances

(1) *Anatomie pathologique*, 25e livraison.
(2) *Ibidem*, 12e livraison.
(3) J. Baron, *Rech. sur le développement des malad. tuberculeuses.* Paris, 1825, in-8.
(4) Voyez *Mémoire sur la matière tuberculeuse*, annexé à ce travail.
(5) Article *Foie.*

calcaires qui y forment des plaques osseuses plus ou moins considérables. Enfin, j'extrais le passage suivant du mémoire de MM. Trousseau et Leblanc sur les productions accidentelles (1), pour donner un exemple de la série de transformations qui peut être observée dans certains cas. « Chez un cheval, on rencontra une masse indurée dans le tissu qui unit la plèvre costale aux parois thoraciques. Entre les feuillets indurés de cette masse, on trouvait du sérum où nageaient de fausses membranes fibrineuses. Plus loin, un tissu cellulaire fort épais, mou et imbibé de sérosité. Ailleurs, un tissu fibreux fort épais. Dans quelques points, au milieu de ce tissu fibreux, des rubans ressemblant exactement à de gros tendons, et composés, comme ces organes, de fibres parallèles, longues et distinctes. Dans d'autres, ces espèces de tendons étaient incrustés de sels terreux, et n'offraient aucune différence avec les tendons et les ligaments ossifiés des vieillards. Ne suit-on pas ici les transformations organiques depuis le simple épanchement encore à l'état liquide jusqu'à l'entière conversion en tissu osseux accidentel? » Il est inutile d'en dire davantage pour prouver la possibilité des transformations des productions accidentelles les unes dans les autres. Boerhaave, J. Hunter, Jenner, J. Baron, les ont parfaitement décrites (2).

3° La simultanéité. — On a longtemps professé que les différents tissus morbides s'excluaient les uns les autres; maintenant même cette opinion paraît être encore celle de quelques médecins (3). J'avoue que je ne la partage pas, parce que j'ai souvent observé simultanément diverses productions morbides, soit dans des organes différents, soit dans les mêmes organes, soit aussi souvent dans une même tumeur morbide. Les recueils

(1) *Archives générales de médecine*, 1828, t. XVIII.

(2) Voyez J. Baron, *loc. cit.*

(3) Il est infiniment rare de trouver des tumeurs mixtes. (Trousseau et Leblanc, *De l'inflammation chronique ou sub-inflammatoire.—Archives générales de médecine*, t. XVI. 1828.)

d'anatomie pathologique (1), et l'ouvrage de J. Baron sur les maladies tuberculeuses démontrent la vérité de cette opinion. En effet, il est fréquent de voir le tubercule et l'encéphaloïde, ou le squirrhe et l'encéphaloïde, ou la mélanose et le tubercule, ou bien les tissus fibreux et osseux, enfin la mélanose, le tubercule, l'encéphaloïde, le tissu osseux concourir à la formation d'une même tumeur accidentelle. On voit même souvent une production accidentelle développée dans l'intérieur d'une autre production accidentelle; ainsi, les tubercules dans l'épaisseur des fausses membranes, la mélanose dans le tubercule ou le squirrhe. Rappelons-nous l'exemple de simultanéité fourni par MM. Trousseau et Leblanc eux-mêmes, et rapporté dans le paragraphe précédent. Bayle avait noté cette coïncidence : « On rencontre souvent, dit-il, le mélange de la matière tuberculeuse et de la matière cancéreuse dans les cancers du foie et dans les squirrhes ulcérés de l'estomac (2). Une observation analogue a été faite par MM. Piorry et Pailloux : ils ont trouvé dans un poumon de mouton un grand nombre de tumeurs enkystées : les unes contenaient une sérosité claire; les autres un liquide d'une teinte opaline; d'autres renfermaient des substances d'une apparence crémeuse et assez semblable au pus. Ailleurs quelques tumeurs contenaient une matière tuberculeuse ramollie; dans d'autres parties, on trouvait une substance concrétée et calcaire. Quelques faits semblables ont été observés par M. Piorry sur l'homme (3).

4° L'analogie de structure. — Les dispositions suivantes sont communes à presque tous les produits accidentels. Parmi les masses accidentelles, les unes sont entourées d'un kyste, les autres libres dans le parenchyme; il en est qui sont traversées par des cloisons qui ne se rencontrent pas dans les autres; celles

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 4e, 13e, 1re, 37e, 19e, 33e, 25e, 26e, 24e, 9e et 8e livraisons.

(2) *Recherches sur la phthisie pulmonaire*. Paris, 1810, p. 315.

(3) Piorry, *Mémoire sur la circulation*, in *procédé opératoire*.

ordinairement à se développer les productions morbides de ces organes; la disposition des tubercules (1) et de la matière noire (2) le prouve; de même, dans les reins, c'est presque exclusivement dans la substance corticale que se développent les granulations.

8° La généralisation.— Il est une disposition qu'il est important de rappeler: c'est que presque toutes les productions accidentelles ont une grande tendance à la généralisation. En effet, on pourrait presque dire qu'il est plus fréquent de trouver plusieurs dépôts simultanés, constitués par la même production accidentelle, qu'un seul.

9° L'état du tissu organique environnant les productions anormales est à peu près semblable pour toutes. Tant que la production accidentelle est à l'état de crudité, elle semble déposée dans le tissu organique, sans y déterminer d'autre modification qu'un peu d'écartement des fibres et de compression; tandisque, pendant la période de ramollissement, le tissu organique environnant offre ordinairement les altérations de l'inflammation chronique. Toutefois, tout-à-fait au début de la production accidentelle même, cette production est souvent entourée d'une injection auréolaire que l'on a prise, je crois, à tort, dans bien des cas, pour de l'inflammation : c'est quelquefois un simple afflux non inflammatoire du sang. On trouve parfois aussi dans la cavité des vaisseaux qui environnent la production morbide une quantité plus ou moins considérable de sang coagulé : c'est ce que l'on observe quelquefois pour la mélanose (3), pour l'encéphaloïde, pour la matière gélatiniforme.

10° L'analogie de symptômes.— Presque tous les symptômes sont les mêmes pour tous les produits accidentels. Les symptômes

(1) Voyez *Note sur la matière pulmonaire*, annexée à ce travail.
(2) *Id.*
(3) Voyez *Recherches sur la matière tuberculeuse*, annexées à ce travail.

locaux dépendent principalement de la gêne qu'éprouve l'organe dans lequel l'altération existe. Ils sont à peu près les mêmes pour chaque organe, quel que soit le produit morbide. Ainsi, il n'y a guère de différence entre les symptômes produits par la dégénérescence colloïde, la dégénérescence encéphaloïde et la dégénérescence squirrheuse, qui affectent la même région de l'estomac. Les dégénérescences diverses du foie ne sont pas faciles à distinguer les unes des autres, pendant la vie, et rien n'est plus difficile que le diagnostic différentiel des affections organiques du cerveau.

Dans les symptômes généraux, il y a aussi une grande analogie entre les diverses productions morbides. La plupart, après un temps variable, s'accompagnent d'un dépérissement général présentant quelque différence, il est vrai, pour les uns et pour les autres, mais dont les caractères principaux sont assez identiques, et varient quelquefois seulement par l'intensité. Les symptômes principaux qui constituent cet état général sont l'épuisement des forces, l'amaigrissement, la fièvre, les frissons, et surtout les sueurs, la diarrhée, la pâleur quelquefois légèrement jaunâtre de la peau, l'œdème, etc. Cet état d'épuisement a reçu différents noms, selon qu'il dépend de l'existence de l'une ou de l'autre des altérations organiques; cachexie pour le cancer, phthisie pour le tubercule, fièvre hectique pour le pus, etc.; il est à remarquer qu'il n'accompagne pas ordinairement la période de crudité du tissu morbide, mais la période de ramollissement. Il survient donc à une époque variable de l'existence de la production accidentelle, parce que les différents tissus ne se ramollissent pas tous avec la même promptitude : aussi la fièvre hectique, due à l'existence d'une collection purulente, s'établit-elle ordinairement à une époque voisine du début de la formation du foyer purulent, parce que le pus reste liquide à son principe. Au contraire, les fausses membranes et les tissus fibreux et osseux ne donnent pas lieu à l'état de dépérissement que je viens de mentionner, parce qu'ils ne se ramollissent pas; la mélanose

séjourne très longtemps dans l'économie, sans y produire cet état de colliquation, parce que son ramollissement est très tardif.

En même temps que ce ramollissement s'établit dans le tissu morbide, une inflammation se développe, comme je l'ai dit, dans le tissu normal qui entoure la production accidentelle, et cette inflammation vient mêler ses symptômes à ceux du ramollissement lui-même. De plus, en général, les symptômes locaux qui s'étaient manifestés pendant la période de crudité, et qui dépendaient de la gêne que la présence de la production accidentelle faisait éprouver à l'organe dans lequel elle s'était développée, ou aux organes voisins, se continuent dans la période de ramollissement.

Il est un symptôme commun à la plupart des produits accidentels, et sur lequel je veux m'arrêter un instant : c'est l'hémorrhagie. Ce symptôme très fréquent n'est pas toujours appréciable, soit parce que la quantité de sang sorti des vaisseaux est peu considérable, soit parce que l'organe qui est le siége de l'hémorrhagie ne communique pas avec l'extérieur. On peut observer l'hémorrhagie pendant toute la durée de la maladie; mais, en général, elle n'est pas aussi fréquente dans les derniers temps que vers le début de la production accidentelle, et même on la voit très souvent se manifester avant que le tissu morbide ait commencé à se développer. Ainsi, l'hémoptysie précède fort souvent le développement des tubercules (1) et des hydatides (2) pulmonaires, la métrorrhagie, le développement du cancer de l'utérus (3).

11° La marche et la terminaison de la maladie offrent une grande analogie pour la plupart des productions accidentelles. Je viens d'indiquer sommairement la succession des symptômes, qui est à

(1) Voyez *Mémoire sur la matière tuberculeuse*, annexé à ce travail.
(2) Voyez *Mémoire sur les hydatides*, annexé à ce travail.
(3) Fouquier, *Leçons orales*.

peu près la même pour toutes. Leur élaboration est, en général, plus ou moins longue. Elles ne déterminent ordinairement de symptômes graves que lorsqu'elles se ramollissent, et alors, à moins qu'elles ne soient en quantité très peu considérable, elles entraînent des accidents formidables, et même la mort, si elles ne sont évacuées spontanément ou artificiellement.

12° Plusieurs conditions étiologiques sont communes à la plupart des productions accidentelles; ainsi, l'hérédité, l'inflammation, la congestion, les chocs ou contusions.

13° Enfin, comme dernière analogie, la composition chimique est une des plus grandes que l'on puisse citer. On sait, dit M. Jolly (1), que la chimie démontre les mêmes éléments dans la plupart des produits des sécrétions accidentelles, dans le pus, dans la matière cancéreuse. Les différences portent presque toutes seulement sur les proportions de ces éléments. J'ai rapporté ailleurs (2) le résultat de l'analyse de différents tissus pour prouver que la différence est bien minime entre les uns et les autres, sous le rapport de la composition.

Les raisons que je viens de développer me paraissent prouver suffisamment l'identité d'origine et de nature des produits accidentels. Ce qu'il m'importe maintenant de faire ressortir, parce que ce fait nous sera utile pour la suite de cette dissertation, c'est l'identité d'origne des produits morbides non analogues aux tissus anormaux du corps et des produits morbides analogues à ces tissus. Pour le démontrer, il suffit de rappeler que toutes les propositions énoncées précédemment s'appliquent à peu près également à ces deux classes de productions accidentelles, et d'appuyer surtout sur la simultanéité fréquente des dégénérescences analogues et des dégénérescences non analogues aux tissus normaux du corps. Ainsi, il est très fréquent de rencon-

(1) Article *Scrofules*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIV, p. 579.

(2) Voyez *Mémoires sur l'encéphaloïde, le squirrhe et la mélanose*, annexés à ce travail.

d'énumérer, m'engagent à ne pas attribuer à l'inflammation des organes la production de tous les tissus accidentels.

Il est une autre théorie professée par M. Cruveilhier; dans celle-ci, toutes les productions anormales seraient dues à la phlébite. Cette théorie est fondée surtout sur ce que souvent les petites veines qui entourent ces productions sont remplies de sang coagulé ou même de substance morbide. Je dirai bientôt comment la phlébite peut agir, dans certains cas, comme cause productrice; mais je ne pense pas qu'il en soit toujours ainsi, parce que l'on ne trouve pas constamment l'état des veines que je viens de mentionner, et aussi parce que souvent, lorsqu'on le rencontre, on peut s'assurer que la transformation morbide s'est opérée hors des vaisseaux avant de s'opérer dans leur intérieur; enfin, parce que le sang peut se coaguler dans les vaisseaux par une autre cause que par l'inflammation de leurs parois.

Quel est donc le générateur commun de tous ces produits? Selon moi, le sang, que Hunter (1) et plusieurs autres auteurs regardent comme un organe vivant, que Bordeu appelle *la chair coulante,* est le seul corps à la puissance génératrice duquel on puisse attribuer tous ces effets; c'est lui qui forme et répare tous les tissus normaux : il est donc aussi le principe des formations accidentelles, puisque nous avons démontré que les uns et les autres avaient une origine commune. Par ce mode de formation s'expliquent parfaitement tous les faits que nous avons énoncés précédemment: la génération des produits morbides, leur évolution complète, leur étiologie, leur simultanéité, leur fréquente ressemblance, leurs mutuelles transformations, leur analogie de développement et de structure, leurs rapports directs avec les tissus normaux, leur siége ordinaire dans des parties vasculaires, leur organisation, leur composition chimique, si semblable à celle du sang, etc. Ainsi on comprend que l'inflammation puisse, dans quelques cas, être l'occasion de

(1) Œuvres complètes. *Du sang.* Traduction de Richelot.

développement d'une production accidentelle, puisqu'elle détermine l'afflux du sang dans l'organe qu'elle affecte. Par le même mécanisme, la simple congestion suffira pour produire le même effet. La phlébite pourra occasionner le développement des productions accidentelles, par un mécanisme que nous expliquerons plus loin. La rétention du sang favorisera aussi le développement de ces produits, ainsi que M. Forget l'a indiqué (1). L'afflux du sang vers une région du corps pourra avoir la même influence. C'est ainsi que l'on s'explique le fait cité par MM. Trousseau et Belloc (2) : « Quand une jeune femme succombe avec un cancer au sein profondément ulcéré, disent-ils, les cartilages du côté malade sont incrustés de sels osseux, tandis que ceux du côté opposé conservent leur aspect et leur composition normale. » C'est que le sang afflue en plus grande abondance vers le siége du mal, et qu'il produit du cancer dans la masse cancéreuse et du tissu osseux dans les cartilages costaux. De même, on se rend facilement compte du développement de tumeurs anormales à la suite d'une contusion : cette cause détermine l'afflux du sang vers l'organe contusionné ou l'épanchement d'une quantité plus ou moins considérable de ce fluide dans la trame de cet organe, et ce sang engendre le produit morbide.

De quelle manière s'opère la génération des tissus anormaux par le sang? C'est ordinairement du sang contenu dans les capillaires que se séparent les éléments nécessaires à la formation des corps, et qui subissent ensuite une série de modifications, jusqu'à l'entier développement du produit anormal. Mais cette action moléculaire est bien difficile à saisir, même avec le secours du microscope : aussi les connaissances sur ce sujet n'iraient-elles pas au-delà de l'hypothèse, s'il n'était des circonstances où, pour ainsi dire, l'observateur peut assister

(1) *Thèse de concours.* Strasbourg, 1835.

(2) *Phthisie laryngée. — Mémoires de l'Académie royale de médecine.* Paris, 1837, t. VI, p. et suiv.

lui-même à une sorte de sécrétion plus grossière, et suivre le développement des différentes productions anormales. On voit alors que le sang s'arrête dans les vaisseaux ou s'épanche dans les tissus, et se coagule, et que de ces caillots eux-mêmes s'opère une véritable sécrétion, une séparation des éléments nécessaires pour former la production morbide. Certains éléments du sang disparaissent par l'absorption; les autres subissent des transformations successives dont résulte le produit anormal. Ces faits, que j'ai observés bien souvent, ont été aussi remarqués par des pathologistes d'un grand mérite dont le nom est cité dans les différents mémoires qui font partie de ce travail. Abernethy est sans doute un de ceux qui les ont rencontrés le plus fréquemment; car il a émis sur le mode d'origine des productions accidentelles, en général, une opinion assez semblable à celle que je viens de développer. Il dit : « Si donc la partie coagulable du sang s'épanche par l'effet d'une cause quelconque, si les absorbants voisins ne la reprennent pas, et si les vaisseaux environnants envoient des prolongements dans son intérieur, elle peut ainsi devenir l'origine d'une tumeur (1). » Une assertion analogue a été énoncée par M. Forget : « Dans le caillot, » dit cet auteur, « peuvent se former divers produits anormaux (2). » On trouve encore ce même fait exprimé dans un article commun à ce dernier pathologiste et à M. Andral (3) : « Les produits morbides peuvent se former de toutes pièces au sein de la masse sanguine. » M. Piorry (4) professe la même opinion; il dit ; « La source de la plupart des productions anormales tient peut-être au dépôt des éléments du sang dans les cavités des organes. »

(1) If, then, the coagulable part of the blood be from any cause effused, if the adjacent absorbents do not remove it, and the surrounding vessels grow into it, the origin of a tumour may be thus formed. (*A classification of tumours. Surgical works*, t. II, London, 1825.)

(2) *Loc. cit.*

(3) Article *Sang*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIV, p. 473.

(4) *Loc. cit.*

Ainsi, que le sang séjourne dans les capillaires, qu'il soit arrêté dans des vaisseaux d'un plus grand diamètre, qu'il soit épanché dans les trames organiques, c'est des transformations que subissent ses éléments que résultent les productions anormales. C'est par la stase du sang qu'elle détermine, stase qui paraît nécessaire à la formation du corps accidentel, que la phlébite peut avoir, dans quelques cas, part au développement du produit anormal.

Sans doute, l'élaboration de tous les tissus accidentels n'est pas également parfaite. Sans doute, il en est qui s'éloignent plus que d'autres, par leur organisation, du principe qui les a fait naître. De plus, il est beaucoup de circonstances qui favorisent la production de tel ou tel tissu; ainsi, il faut sans doute admettre un état du sang propre à déterminer telle ou telle réaction entre les éléments de ce fluide, pour la formation de telle ou telle production.

Tous les éléments du sang ne concourent pas à la production de chacun des tissus accidentels. Il en est dans la composition desquels la partie séreuse domine; d'autres dans lesquels le sérum est en faible proportion. La partie fibrineuse est celle dont la transformation paraît donner lieu au plus grand nombre de produits anormaux. La chimie, du reste, a déjà commencé la recherche de ces différentes combinaisons, et porté le flambeau de l'analyse sur ce côté si obscur de la science; ce serait sur la composition élémentaire des produits accidentels, sur le nombre des éléments du sang qui contribuent à la formation de chacun d'eux, que l'on pourrait baser la classification la plus scientifique de ces produits, et c'est désormais vers l'investigation de l'état primordial de ces dégénérescences que les anatomo-pathologistes dirigeront avec le plus de fruit leurs efforts.

DE LA MATIÈRE ENCÉPHALOÏDE.

L'origine et le mode de formation de la matière encéphaloïde ne sont pas aussi difficiles à déterminer que ceux du tubercule et des kystes hydatiques, et cette différence tient, sans doute, à ce que l'organisation de l'encéphaloïde est moins complexe, moins avancée, pour ainsi dire, que celle de ces deux autres espèces de productions anormales, qu'elle se rapproche davantage du corps qui lui a donné naissance, et avec lequel elle présente par cela même plus de similitude d'aspect. De cette corrélation, il résulte qu'il n'est pas très rare de saisir une sorte de transformation graduelle et successive du corps primordial au tissu encéphaloïde complet, de trouver à la fois ces deux substances dans des dispositions respectives qui ne permettent pas de douter qu'elles n'aient entre elles des connexions plus intimes que celles de proximité, que l'une résulte de l'altération de l'autre.

La substance primordiale, le corps dont l'altération produit l'encéphaloïde est évidemment, dans bien des cas, le sang, le sang qui est susceptible de se transformer d'une manière palpable en substance encéphaloïde. Voici mon opinion nettement formulée sur ce sujet: il s'agit maintenant de la confirmer par des faits. J'exposerai d'abord ceux qui me sont propres, et je les ferai suivre d'un certain nombre d'autres, empruntés à différents auteurs.

J'ai recueilli la note suivante dans les salles de M. Fouquier, à l'hôpital de la Charité:

« Une femme de quarante-cinq ans entra à l'hôpital, dans les » premiers jours de novembre 1842, et y resta un mois. Lors- » qu'elle y arriva, elle était très faible, très pâle et très maigre; » cette faiblesse et cette maigreur augmentèrent encore les » jours suivants. Dès le lendemain de son entrée, on s'aperçut que » ses pieds étaient enflés, symptôme qui s'était déjà manifesté,

» dit la malade, avant l'entrée à l'hôpital. Cette enflure » œdémateuse augmenta à peu près graduellement, subis- » sant néanmoins quelques alternatives d'augmentation et » de diminution, et finit par envahir toute l'étendue des » membres abdominaux. L'appétit se conservait; les garde- » robes étaient tantôt rares, tantôt diarrhéiques. Dans les dix » derniers jours, il se déclara une diarrhée glaireuse, accom- » pagnée de coliques et de ballonnement du ventre, nouvelle » affection qui ne contribua pas peu à déprimer les forces » de la malade. Vers les derniers jours de la vie, l'œdème » gagna les extrémités supérieures, tantôt l'une, tantôt l'autre, » selon que la malade restait couchée sur l'un ou sur l'autre côté. » Quelques douleurs lombaires se faisaient sentir. Le toucher fut » pratiqué, quelques jours après l'entrée à l'hôpital, et, à 4 centi- » mètres environ de l'orifice du vagin, on trouva l'orifice de » l'utérus creusé en un large infundibulum aboutissant à la ca- » vité utérine et laissant pénétrer le doigt. Les parois du col de » l'utérus, ainsi déformé, étaient adhérentes à celles du vagin. Il » y avait un écoulement leucorrhéique jaunâtre presque conti- » nuel. La malade succomba le 4 décembre, ayant conservé » presque jusqu'aux derniers moments l'intégrité de ses facultés » intellectuelles.

» A l'autopsie, on trouva le col de l'utérus détruit et la cavité » du vagin un peu étroite, communiquant directement avec celle » de l'utérus. La surface interne du vagin était d'un rouge noi- » râtre. Au niveau de l'endroit où aurait dû être le col, étaient » deux masses polypiformes, sphériques, l'une du volume d'une » petite noix, l'autre du volume d'une noisette, tenant au reste » de l'utérus par un pédicule cellulo-*vasculaire* de 1 à 2 centi- » mètres de longueur, assez lâche pour permettre à ces tumeurs » d'être, pour ainsi dire, flottantes dans la partie la plus pro- » fonde du vagin. Ces tumeurs étaient formées d'une couche ex- » térieure brunâtre, molle, de 2 à 4 millimètres d'épaisseur, con- » sistant évidemment en sang coagulé. Cette couche recouvrait

» une autre couche de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, formée » aussi évidemment par du sang coagulé, mais plus consistant » que celui qui formait l'enveloppe extérieure, composée de la- » melles fibrineuses, jaunâtres, d'une épaisseur inégale dans les » divers points, superposées, se déchirant facilement, un peu » friables. Le centre était occupé par une substance d'un gris » blanchâtre, d'une densité inégale dans ses différentes parties, » généralement plus dense aux parties les plus excentriques, plus » molle vers le centre, grumeleuse par places, formée, dans » d'autres, par un tissu blanc-terne, d'apparence homogène, » mou, lisse à la coupe, tout-à-fait semblable à la matière céré- » briforme. Cette portion centrale se continuait sans ligne de » démarcation, avec les lamelles fibrineuses qui l'enveloppaient. » Les parois de l'utérus étaient fort inégales à l'intérieur, con- » stituées de ce côté par une substance mollasse, grumeleuse, » infiltrée d'un peu de liquide rougeâtre, jaunâtre, et d'un peu » de pus, par places, dans d'autres points, grisâtre ou blanchâ- » tre; au milieu de cette substance, on rencontrait, çà et là, des » noyaux de sang coagulé, mollasse, brunâtre ou rougeâtre, » et de détritus fibrineux, se continuant presque insensible- » ment avec la substance qui les entourait. Presque toute la » partie la plus extérieure des parois de l'utérus était formée » par une couche de matière cérébriforme d'un blanc terne, » semblable à celle décrite précédemment, et d'un centimètre » à un centimètre et demi d'épaisseur, se confondant insensible- » ment vers le côté central avec les autres substances. »

Réflexions. Il est impossible de nier, dans ce cas, la conversion du sang en encéphaloïde; la gradation insensible de l'un à l'autre y est trop clairement décrite, pour qu'il y ait lieu de conserver le moindre doute à cet égard. Remarquons d'abord l'aspect des parois de l'utérus, formées par des noyaux de sang mollasse et rougeâtre, ou du détritus fibrineux se continuant presque insensiblement avec la substance cérébriforme. Il est

évident que la portion fibrineuse est ici l'intermédiaire entre le coagulum mollasse et l'encéphaloïde; mais la gradation est encore plus minutieusement suivie dans les tumeurs qui se trouvent au niveau du col. A l'extérieur, une couche de coagulum mollasse, recouvrant une autre couche de sang encore reconnaissable, mais un peu plus consistant et fibrineux, laquelle recouvre enfin une portion centrale constituée par de la matière cérébriforme, et qui se continue avec la couche fibrineuse, sans ligne de démarcation. Les altérations étaient donc d'autant plus avancées qu'elles étaient plus centrales, fait sur lequel je reviendrai plus tard; c'était, en quelque sorte, une même altération que l'on voyait devenir de plus en plus parfaite, à mesure qu'on l'examinait plus près de son centre. Je rappelle aussi que ces tumeurs étaient unies aux tissus environnants par un pédicule cellulo-vasculaire, par l'intermédiaire duquel elles communiquaient avec le reste de l'économie, et recevaient les matériaux de leur accroissement. C'est par ces vaisseaux que les productions morbides, en communication avec des parties douées de la vie, recevaient, en quelque sorte, leur existence propre et la faculté de passer par une série de transformations; sans eux, elles se fussent, sans doute, flétries et mortifiées.

« Un malade, mort à l'hôpital Saint-Louis en 1837, portait au » cou plusieurs tumeurs. L'une de ces tumeurs était multiloculaire, » et ses différentes loges étaient remplies par du sang à différents » états de coagulation, depuis une consistance moindre que celle » de la gelée de groseille jusqu'à celle des caillots fibrineux, tout-à- » fait analogues à ceux que l'on rencontre dans une poche anévrismale ancienne. Les autres tumeurs étaient formées par du tissu » encéphaloïde de consistance variable. » Ce fait seul ne suffirait pas pour prouver la possibilité de la conversion du sang en matière encéphaloïde; mais j'ai cru néanmoins qu'ajouté à d'autres plus probants, il pouvait ne pas être sans utilité, parce qu'il est présumable que toutes ces tumeurs, développées dans les mêmes circonstances, chez le même individu, vers le même

temps, et affectant le même siége, étaient de même nature. Sans doute la tumeur constituée par du sang ayant encore conservé tous ses caractères aurait été plus tard convertie, comme les autres, en matière encéphaloïde. Il était impossible de croire que les épanchements de sang résultassent d'hémorrhagies fournies par des tumeurs encéphaloïdes, car les épanchements de sang et le tissu encéphaloïde formaient des tumeurs distinctes. Les mêmes réflexions s'appliquent à une observation de Wardrop (1), dans laquelle on trouva à la surface de l'encéphale deux tumeurs cancéreuses et une cavité contenant une quantité considérable de sang noir.

« Chez un sujet qui succomba à l'hôpital Saint-Louis, je ren» contrai une grande quantité de tumeurs lardacées ou encépha» loïdes dont plusieurs étaient ramollies au centre. Ces tumeurs » étaient entourées d'une poche rougeâtre, membraniforme, de » 1 à 2 lignes d'épaisseur, plus adhérente au tissu morbide qu'aux » tissus environnants, dans laquelle on reconnaissait à la loupe » un commencement d'organisation. Le sujet était affecté d'ictère, » et toutes les tumeurs participaient à la coloration jaune, qui était » plus prononcée dans les points ramollis du centre que dans le » pourtour, dont la densité était plus considérable. » Cette note, qui ne fournit pas, comme la première, les preuves évidentes de la transformation du sang en encéphaloïde, peut cependant conduire à la connaissance de certains faits secondaires. Ainsi, la disposition de ces tumeurs prouve que le ramollissement de l'encéphaloïde commence par le centre des masses, ainsi que MM. Trousseau et Leblanc (2) l'ont indiqué, et que la production morbide est quelquefois enveloppée par un kyste. Cette enveloppe résultait peut-être, dans ce cas, de la transformation de la couche extérieure des caillots générateurs des tumeurs encéphaloïdes: c'est, au moins, ce que pouvaient faire croire sa colo-

(1) *On fongus hematodes.*

(2) *Des tissus squirrheux, encéphaloïde et colloïde, — Archives générales de médecine*, t. XVIII. 1828.

ration rougeâtre et son adhérence beaucoup plus grande au tissu morbide qu'aux parenchymes ambiants. Le mode de formation de cette enveloppe ne doit pas étonner: nous verrons ailleurs (1) que la couche extérieure d'un caillot peut se convertir en kyste. Enfin, je ne dois pas négliger d'appeler l'attention sur la coloration ictérique des tumeurs. Elle prouve, en effet, qu'elles étaient en communication avec la circulation générale; que des vaisseaux, que du sang, arrivaient à ces tumeurs. Pourquoi les points ramollis du centre étaient-ils plus jaunes que les parties denses de la circonférence? Est-ce seulement parce que les tissus les moins denses se laissent plus facilement pénétrer par la coloration ictérique? fait qu'il est facile de vérifier en regardant les différentes régions de la peau des ictériques; ou, aussi, parce que c'est au centre que la vitalité est plus active, et que les communications avec la circulation générale sont plus nombreuses? ce que semblerait prouver le mode suivant lequel se succèdent les transformations, lesquelles ordinairement commencent au centre, et y sont plus avancées qu'à la circonférence, comme on l'observe dans deux des observations que je viens de rapporter.

Un fait assez analogue au premier que j'ai cité m'a été communiqué par M. Piedagnel. « Sur une femme morte à l'hospice de » la Salpètrière, il trouva une tumeur formée en partie par du » sang très reconnaissable, et en partie par du tissu encéphaloïde » aussi évident. Ces deux substances se continuaient l'une avec » l'autre par une gradation insensible. »

Le cas suivant doit trouver place ici : « M. Charcelay présenta » à l'une des séances de la Société anatomique (2) une masse » encéphaloïde développée dans la plèvre ou dans le poumon, » auquel elle était jointe par des filaments vasculaires. » Je suis porté à penser que cette masse était un caillot volumineux transformé en encéphaloïde; je fonde cette opinion sur les

(1) *Mémoire sur les hydatides*, annexé à ce travail.
(2) *Bulletin de la Société anatomique*, avril 1837.

raisons suivantes : les poumons étaient farcis de foyers apoplectiques, coïncidence qui peut conduire à penser que la tumeur en question était de la même nature. De plus, le sujet n'avait jamais éprouvé de gêne respiratoire, lorsqu'un mois seulement avant sa mort, les accidents débutèrent tout-à-coup : ce qui ne peut permettre de supposer que cette masse volumineuse existât antérieurement au dernier mois, car son existence eût été certainement incompatible avec l'intégrité des fonctions respiratoires. On doit donc penser que la tumeur se développa tout-à-coup, à l'instant du brusque début des accidents, mode de développement que l'on ne pourrait comprendre, en admettant la formation lente, attribuée généralement au cancer, et que l'on s'explique très bien par l'épanchement subit du sang, qui, ensuite, se sera peu à peu converti en encéphaloïde.

Passons à un autre ordre de faits non moins probants que ceux qui précèdent. Dans le cœur, comme dans les vaisseaux, dit M. Bouillaud (1), on peut rencontrer des concrétions qui ont subi une altération telle, qu'elles offrent quelque ressemblance avec la matière encéphaloïde. Cet auteur en a publié un exemple dans le *Journal complémentaire de médecine.* Un cas analogue est dû à M. Velpeau (2) : il a décrit une dégénérescence d'un caillot sanguin en matière encéphaloïde, dans la veine cave descendante et les veines hépatiques. Cette description, très exacte, permet de suivre avec facilité la gradation du sang coagulé fibrineux à la matière cérébriforme. M. Nonat a rencontré une altération semblable dans la veine iliaque primitive gauche d'un sujet âgé de cinquante-quatre ans, et atteint d'un cancer qui occupait l'estomac, le foie et les ganglions lymphatiques prérachidiens. Cette veine paraissait parfaitement saine à l'extérieur; ses parois avaient conservé leur transparence naturelle, mais on trouvait dans sa cavité un caillot sanguin libre et flot-

(1) *Traité des maladies du cœur.* Paris, 1841, t. II. *Concrétions sanguines*, p. 710 et suiv.

(2) *Revue médicale*, t. III. 1836.

tant qui présentait des altérations particulières : ce caillot avait environ 15 centimètres de hauteur; du côté le plus voisin du cœur, il était creusé d'une cavité capable de loger une amande; cette cavité contenait une matière offrant, soit à l'œil nu, soit à l'examen microscopique, la ressemblance la plus complète avec la substance encéphaloïde ramollie que l'on trouvait dans le foie; les parois de la cavité du caillot étaient constituées par de la fibrine plus ou moins décolorée. L'extrémité du caillot la plus éloignée du cœur était formée de sang récemment coagulé, et dans lequel MM. Gluge et Nonat ne trouvèrent pas de globules analogues à ceux de la matière encéphaloïde (1). Dans un caillot renfermé dans le cœur, Béclard rencontra aussi de la matière encéphaloïde (2). Enfin, M. Pressat (3) trouva une masse encéphaloïde dans la veine porte d'un individu qui était en même temps affecté d'un cancer de l'estomac. Dans ce dernier cas, on pourrait croire, jusqu'à un certain point, que l'encéphaloïde avait été transporté par l'absorption des parois de l'estomac dans l'intérieur de la veine. Mais, dans les cas dans lesquels il n'y a d'encéphaloïde que dans les vaisseaux et pas ailleurs, on ne peut invoquer l'absorption, pas plus que dans le fait rapporté par M. Nonat. D'ailleurs, il est si évident que l'encéphaloïde commence souvent par la cavité vasculaire, que M. Cruveilhier, qui a rencontré un grand nombre de fois cette matière dans les vaisseaux (4), y place le début ordinaire de cette production morbide; il est vrai que le principe de la dégénérescence est, selon lui, une maladie des vaisseaux eux-mêmes, opinion que je ne puis partager, me fondant sur cette raison, que l'on trouve parfois des caillots convertis en encéphaloïde, sans que les parois des vaisseaux qui les renferment offrent la moindre trace de maladie. Ainsi, M. Velpeau

(1) Nonat, *Thèse pour l'agrégation*, 1838. *Des diathèses.*

(2) Andral et Forget, article *Sang*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIV, p. 473.

(3) *Bulletin de la Société anatomique*, avril 1836.

(4) *Anatomie pathologique.*

a parfaitement indiqué, dans le fait que j'ai mentionné précédemment, que les parois veineuses étaient lisses, humides, sans épaississement, sans aucune adhérence avec les caillots, qui étaient libres dans la cavité, et que le tissu cellulaire qui les enveloppait ne présentait non plus aucune altération. Dans le cas cité par M. Nonat, les parois de la veine étaient aussi exemptes d'altération.

Des faits d'un autre genre peuvent encore servir à prouver la possibilité de la transformation du sang en tissu encéphaloïde. Plusieurs auteurs ont noté la ressemblance fréquente des tumeurs sanguines avec les tumeurs encéphaloïdes, ressemblance qui peut conduire à admettre, dans quelques cas, l'identité de ces deux sortes d'altération. Ainsi, Abernethy (1) dit que certaines tumeurs de la dure-mère regardées comme des fongus, sont des tumeurs sanguines. M. Velpeau a fait une remarque analogue dans sa Thèse sur les contusions. Pendant l'année 1838, M. Maigne présenta à la Société anatomique un cerveau criblé de noyaux rougeâtres, mous, que M. Cruveilhier et plusieurs autres membres de cette société regardèrent comme étant de nature encéphaloïde. M. Rostan les regardait comme des noyaux apoplectiques anciens. L'opinion contraire de deux juges aussi compétents que MM. Cruveilhier et Rostan doit embarrasser d'abord; mais on peut conclure de ce fait que les foyers apoplectiques anciens ressemblent souvent, à s'y méprendre, à des noyaux encéphaloïdes; et sans doute aussi que les foyers apoplectiques peuvent se convertir en tissu encéphaloïde, car je ne sais quelle différence on pourrait établir entre le caillot qui ressemble parfaitement à une tumeur encéphaloïde et la tumeur encéphaloïde elle-même.

C'est ainsi que, dans un fait cité par M. Cruveilhier (2), la ressemblance entre le sang et le tissu encéphaloïde était si grande, que cet habile anatomo-pathologiste lui-même ne put

(1) *Surg. obs.*, t. II.

(2) *Anatomie pathologique*, 9e livraison.

décider laquelle de ces deux substances il avait sous les yeux : un homme portait une tumeur testiculaire fluctuante; une ouverture exploratrice y fut faite et donna issue à du sang noir, mêlé à une matière rougeâtre granulée, vasculaire, que M. Cruveilhier prit d'abord pour du sang coagulé ou altéré, mais qu'il reconnut bientôt pour être de la matière encéphaloïde. Par l'introduction du doigt et l'écartement des lèvres de l'incision qui permit de voir le fond de la plaie, il reconnut une poche à parois fibreuses, contenant une très grande quantité de matière encéphaloïde. La poche fut vidée, sa cavité se rétrécit; puis la cicatrisation eut lieu. Quatre mois après, la tumeur augmenta de volume; il s'y fit un travail intérieur; elle fut enlevée, et on la trouva formée par une poche dont les parois étaient denses, fibreuses, à fibres entrecroisées sous toutes sortes de directions, et parcourues par un grand nombre de vaisseaux; une couleur brun-jaunâtre indiquait qu'il y avait eu là du sang extravasé, comme dans les foyers apoplectiques. La matière contenue était semblable à du sang à moitié décomposé, à moitié décoloré, mais sans odeur. Était-ce, se demande M. Cruveilhier, du tissu encéphaloïde altéré? Ce fait doit évidemment s'expliquer de la manière suivante : la première tumeur, plus ancienne, était formée par du sang et du tissu encéphaloïde; la seconde, plus récente, par du sang commençant seulement à se convertir en tissu encéphaloïde, et non pas par de l'encéphaloïde déjà altéré, comme on le pensa. Si la tumeur avait été enlevée un peu plus tard, elle aurait présenté l'état qu'elle offrit au moment de la première opération, faite plus longtemps après le premier développement de la maladie; et, réciproquement, l'état hématique de la tumeur au moment de son ablation prouve qu'elle s'était développée, la première fois, par le même mode.

M. Cruveilhier émet encore une assertion (1) propre à prouver la transformation du sang en tissu encéphaloïde : « La ma-

(1) *Anatomie pathologique.*

tière colorante des foyers sanguins des masses carcinomateuses, dit-il, est résorbée, et la fibrine décolorée offre divers aspects qui peuvent en imposer pour des dégénérations d'une nature particulière. » Ce n'est pas, selon moi, une simple apparence, ce sont de véritables dégénérations résultant de la transformation du sang.

On doit conclure de là que le sang qui s'épanche dans les masses cancéreuses se convertit en tissu cancéreux, fait qui est rendu évident par plusieurs des descriptions précédentes, et qui est d'ailleurs assez nettement exprimé par Laënnec (1). Cet auteur décrit de la manière suivante les altérations que subit le sang épanché dans les masses encéphaloïdes : « Ce fluide se décompose, la fibrine se concrète et se combine, ainsi que sa partie colorante, avec la matière cérébriforme, tandis que sa partie séreuse est absorbée. » En effet, que deviendrait le sang qui s'épanche si souvent dans les tumeurs encéphaloïdes, s'il ne se convertissait en tissu cancéreux?

Les épanchements de sang dans les masses encéphaloïdes sont donc un des moyens dont se sert la nature pour produire l'accroissement de ces masses. Elles s'accroissent aussi aux dépens du sang que leur apportent les nombreuses artères qui les parcourent (2), et qui subit dans le tissu morbide une sorte d'assimilation.

Le grand nombre de vaisseaux des masses encéphaloïdes a été noté par MM. Récamier (3), Bérard (4), Cruveilhier (5), et par tous les auteurs qui ont étudié l'anatomie du cancer. On peut vérifier cette assertion en faisant, pendant quelque temps, macérer dans l'eau certaines tumeurs de la nature de celles qui nous occupent : on les débarrasse de la matière mollasse qui semble

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XII.
(2) Article *Cancer*. — *Anatomie pathologique*. — *Dictionnaire de médecine*, Bérard.
(3) *Recherches sur le traitement du cancer par la compression*. Paris, 1829.
(4) *Loc. cit.*
(5) *Anatomie pathologique*.

les former principalement, et on les réduit à une sorte de réseau fibrillaire, constitué par un assemblage de vaisseaux. Ce grand nombre de vaisseaux, concourant à constituer les masses carcinomateuses, indique certainement que le sang joue un rôle puissant dans l'évolution du cancer. C'est en vertu de leur vascularité que les tumeurs encéphaloïdes subissent, pendant la vie, des alternatives d'augmentation et de diminution, et que leur volume est souvent bien moindre après la mort, qu'il n'était pendant la vie.

C'est par l'interruption de la circulation, par l'arrêt du sang qui venait à la tumeur que l'on s'explique le succès que l'on a obtenu de la ligature et de la compression, dans le traitement des tumeurs cancéreuses extérieures.

Il est aussi une disposition qu'il ne faut pas omettre, parmi les preuves de la véritable nature du cancer, c'est que, dans l'encéphale, les tumeurs de la nature de celles qui nous occupent sont le plus souvent en rapport, dans une étendue plus ou moins grande, avec la pie-mère (1), qui, on le sait, contient le réseau vasculaire le plus considérable du crâne. J'ajouterai encore que l'on n'a jamais rencontré de tumeurs encéphaloïdes dans des organes dépourvus de vaisseaux, et que l'on en rencontre très rarement dans ceux qui sont peu vasculaires.

Une autre remarque assez importante aussi sous le point de vue que j'envisage, c'est qu'il n'est pas très rare de voir une cause traumatique provoquer le développement de tumeurs encéphaloïdes. On trouve des preuves à l'appui de cette assertion dans le travail de M. Velpeau sur les contusions, et j'ai observé dans les salles de M. Fouquier, à l'hôpital de la Charité, un fait qui la confirme pleinement. Une femme, bien portante d'abord, fit une chute dans laquelle le côté droit du tronc frappa sur le sol. Dès ce moment, les symptômes d'une affection cancéreuse du foie se développèrent; la femme succomba, et l'on trouva le

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 25e livraison.

foie parsemé de magdaléons encéphaloïdes. Cette observation et les observations analogues semblent indiquer que des épanchements de sang se forment dans les organes, par suite du choc qu'ils reçoivent, et que ces épanchements se convertissent en tissu encéphaloïde, car l'épanchement de sang est ordinairement l'effet immédiat de la contusion, tandis que l'on ne peut raisonnablement supposer que cette cause détermine, sans travail intermédiaire, le dépôt instantané de tissu encéphaloïde dans les viscères.

Un fait que l'on explique très bien par la théorie que je développe, et qui, au contraire, s'explique difficilement par les autres, c'est la fréquence assez grande des hémorrhagies au début du cancer, à une époque antérieure à celle de l'apparition des autres symptômes, et à laquelle la dégénérescence encéphaloïde n'est pas encore établie. J'ai rencontré un exemple de ce fait à l'hôpital de la Charité, chez une femme affectée de cancer de l'utérus. Cette femme éprouva des hémorrhagies utérines répétées, trois mois avant que les autres symptômes du cancer, et en particulier les altérations perceptibles au toucher se développassent. Il n'y eut pas lieu de penser que les hémorrhagies étaient le symptôme d'un cancer déjà existant en un point du corps de l'utérus inaccessible au doigt; car l'altération était bornée au col, et l'autopsie ne fit reconnaître que les lésions dont le toucher vaginal avait permis de suivre le développement graduel. Les faits de ce genre ne sont pas rares (1). J'explique facilement ces hémorrhagies primitives de la manière suivante: le sang sort des vaisseaux; une partie constitue l'hémorrhagie extérieure; une autre partie se coagule et se convertit en cancer.

Le ramollissement central des masses encéphaloïdes est une analogie de plus avec les caillots sanguins qui se ramollissent aussi par le centre.

(1) Fouquier, *Leçons orales*.

Enfin, comme dernière preuve, je dois rapporter le résultat de l'analyse (1) chimique de la matière encéphaloïde, laquelle démontre encore que les éléments qui concourent à la composition de cette substance morbide sont les éléments du sang dont la plupart restent même dans des proportions assez semblables à celles qu'on leur trouve dans ce fluide:

Albumine	47,00
Matière grasse blanche	7,50
— rouge	5,35
Osmazôme	4,00
Sous-phosphate de chaux	6,30
Eau	8,20
Fibrine	6,50
Hydrochlorate de potasse	2,70
— de soude	2,00
Carbonate de soude	2,75
— de chaux	4,00
— de magnésie	1,00
Oxide de fer	1,35
Tartrate de soude	1,35
	100,00

Si, comme l'ont remarqué tous les médecins qui ont jeté les yeux sur le tableau précédent, la composition chimique de l'encéphaloïde ressemble beaucoup à celle du sang, il est impossible de trouver une différence entre ces deux substances, dont les apparences physiques sont aussi très souvent semblables, ainsi que je l'ai prouvé plus haut par des faits empruntés à différents auteurs.

Je crois avoir démontré suffisamment, par les exemples et la dissertation qui précèdent, la vérité de la proposition que j'avais énoncée, savoir: que le tissu encéphaloïde peut être le produit de la transformation du sang. Cette assertion, d'ailleurs,

(1) Trousseau et Leblanc, *De la mélanose*, analyse de M. Foy, *Archives générales de médecine*. 1828, t. XVII.

est d'accord avec l'opinion de plusieurs auteurs recommandables. Ainsi, suivant Langenbeck (1), les éléments du cancer peuvent s'engendrer dans le sang; selon M. Andral (2), les masses cancéreuses peuvent reconnaître pour origine un épanchement de sang qui, une fois coagulé au sein du parenchyme, y subit diverses altérations; enfin, M. Forget (3) dit que la matière cancéreuse peut se former dans le caillot.

Je termine par l'exposé sommaire des modifications successives, dont la réunion constitue l'évolution complète de l'encéphaloïde, qui résulte de la transformation d'un caillot. Cet exposé, basé sur les exemples précédemment mentionnés, servira de résumé à ce travail.

Le principe de l'encéphaloïde est, dans bien des cas, un caillot déposé dans la trame organique, ou encore contenu dans les vaisseaux. Le sérum, primitivement combiné avec ce caillot, se résorbe; puis la coloration rouge disparaît; la concrétion se décolore, devient fibrineuse, jaunâtre, puis blanchâtre; sa cohésion augmente de plus en plus; la matière perd son aspect terne pour devenir lisse; elle n'est plus cassante, mais comme lardacée, ou semblable à la substance cérébrale dense; sa coloration devient très légèrement rosée. Ces différentes transformations s'établissent le plus souvent au centre de la tumeur avant de se manifester à la circonférence; et, en général, on trouve la dégénération d'autant plus avancée, que l'on examine un point plus voisin du centre. Ainsi, quelquefois on rencontre de la matière encéphaloïde complétement formée, et parfois même déjà ramollie, au centre d'une masse dont le pourtour est encore constitué par du sang fibrineux, ou même du sang rougeâtre ou noirâtre, à consistance de gelée de groseille. Telle est la manière la plus ordinaire dont se comportent les tumeurs hémato-encéphaloïdes : c'est

(1) Schmidt's Jahrbücher, t. XV, cah. I.
(2) *Anatomie pathologique*, t. II.
(3) *Thèse de concours*. Strasbourg, 1835.

la disposition que l'on peut découvrir dans les cas où les productions sont encore assez récentes. Plus tard, lorsque de nouveaux épanchements de sang se sont faits en différents points de la masse, il est moins facile de reconnaître la disposition régulière que je viens d'indiquer.

Une partie de la couche excentrique de la tumeur sanguine peut se convertir en un kyste qui sert d'enveloppe à la tumeur, et de cloison dans la masse, lorsque plusieurs tumeurs se sont réunies; toutefois le kyste enveloppant, lorsqu'il existe, n'est pas toujours produit de cette manière. Il est souvent constitué par le tissu cellulaire de l'organe dans lequel la tumeur est déposée.

La masse s'accroît par l'addition de nouveaux matériaux que lui apportent incessamment les nombreux vaisseaux qui la sillonnent, par la conversion en matière encéphaloïde des épanchements de sang qui se forment dans ses différentes parties, et principalement vers son centre, et enfin, souvent, par la réunion de plusieurs tumeurs voisines.

A une époque plus ou moins éloignée du début de sa formation, la tumeur encéphaloïde se ramollit. Les points de ramollissement sont parfois multiples, dans une même masse, lorsque celle-ci est volumineuse, et surtout lorsqu'elle résulte de la réunion de plusieurs tumeurs voisines primitivement séparées, lesquelles, souvent, après leur réunion, conservent, pour ainsi dire, leur vie propre, et subissent isolément leurs différentes transformations. Le ramollissement d'une masse encéphaloïde est presque toujours central d'abord, puis il gagne de proche en proche les parties excentriques. Ainsi, la plupart des modifications qui se prononcent dans une tumeur encéphaloïde marchent du centre à la circonférence.

DU CANCER GÉLATINIFORME.

Le cancer colloïde ou gélatiniforme, qui, à son état complet de développement, offre l'aspect d'une gelée de viande, paraît être, comme le cancer encéphaloïde, le produit de la transformation du sang. La description que donne M. Cruveilhier (1) de ce tissu à l'état naissant rend, selon moi, cette origine évidente, et l'on peut s'étonner que ce savant auteur n'ait pas été conduit par l'examen des altérations qu'il décrit, à indiquer ce mode de développement. C'est ainsi qu'il s'exprime, à l'occasion d'un cancer de l'utérus: « Si, sur les limites de l'altération (2), on enlève avec précaution l'épiderme muqueux, si on lacère avec non moins de précaution le réseau veineux qui forme en quelque sorte la trame du vagin, on voit que ce réseau veineux est extrêmement développé, et qu'il est constitué par des veines gorgées d'un sang, ici liquide, là coagulé, lesquelles s'entrecroisent sous toutes sortes de directions. Bientôt se voient des points blancs au milieu du sang coagulé : c'est la matière cancéreuse qui commence à poindre; si on avance du côté de l'altération, on trouve ces vaisseaux remplis de matière cancéreuse, noueux, distendus, comme ils pourraient l'être par l'injection la plus heureuse. Si on avance encore, on trouve ces vaisseaux perforés comme avec un emporte-pièce, coupés à pic, béants, détruits dans la moitié, les deux tiers de leur circonférence, et vraiment méconnaissables. »

La description précédente indiquait trop complétement le mode de formation du tissu colloïde pour qu'il ne me semblât pas nécessaire de la transcrire littéralement. On y voit naître cette production morbide et on suit son développement, depuis le moment où elle commence à apparaître sous la forme de

(1) *Anatomie pathologique*, 24e livraison.
(2) *Ibidem.*

points, au milieu du sang coagulé, jusqu'à celui où les vaisseaux qui la contiennent, distendus et rompus par l'accroissement de son volume, la laissent sortir de leur cavité, et former des dépôts dans les organes qui les renferment.

L'observation suivante, que j'ai recueillie à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. Fouquier, servira puissamment à confirmer la réalité de la transformation du sang en tissu gélatiniforme.

La nommée Barbeux, âgée de quarante-sept ans, couturière, entre à l'hôpital de la Charité le 7 décembre 1842.

Antécédents. — Depuis un an environ elle éprouve des irrégularités dans la menstruation, et, à la dernière époque, l'écoulement sanguin a entièrement manqué. Ce n'est que depuis six semaines qu'elle croit être malade, et elle ne s'était pas aperçue auparavant qu'elle eût rien de particulier dans le ventre. Elle dit qu'elle a un peu de fièvre, qu'elle a perdu l'appétit, a eu des nausées, sans vomissement, parfois un peu de diarrhée; mais, plus souvent, un peu de constipation. Elle s'est beaucoup affaiblie et a beaucoup pâli.

État actuel, 8 décembre. — Maigreur et faiblesse prononcées; pâleur un peu jaunâtre de la peau; pouls peu développé, régulier, à 92 pulsations; légère chaleur sèche; langue un peu blanche. Le ventre est généralement tendu, sans gonflement très notable; toute sa moitié droite est occupée par une tumeur volumineuse, s'enfonçant en haut sous les fausses côtes droites et en bas dans la fosse iliaque du même côté. Cette tumeur est dure, un peu bosselée, indolente à la pression, mate à la percussion, séparée de la paroi abdominale par un intervalle de deux à trois centimètres, beaucoup plus large en haut qu'à sa partie supérieure; elle occupe tout l'hypochondre droit et traverse la région épigastrique, pour se porter dans l'hypochondre gauche, où elle est un peu plus saillante qu'à droite, et avance jusqu'à 5 centimètres environ, à gauche de la ligne blanche; elle remplit la fosse iliaque droite, et l'on ne peut circonscrire son

extrémité inférieure et savoir si elle descend dans le petit bassin. Le reste du ventre est peu sonore, on n'y sent pas de fluctuation distincte; pas de selles depuis trois jours; les membres inférieurs ne sont pas œdématiés. L'excrétion urinaire n'offre pas de modification appréciable. (Lavements purgatifs, eau de Vichy, pastilles de magnésie calcinée, ventouses scarifiées sur le ventre, deux potages.) Le 9, deux selles; fréquence du pouls persistante. Le 10, un vomissement de matières alimentaires. Le 12, les forces se déprimment, la voix est faible, le pouls est misérable. Le 13, faiblesse extrême, pouls imperceptible, un peu d'enflure aux jambes. Mort le soir à dix heures.

Autopsie trente-six heures après la mort. Temps humide. — Le crâne et la poitrine ne sont pas ouverts. Pas de roideur cadavérique. L'estomac a une petite cavité et des parois d'autant plus épaisses qu'on s'avance davantage vers la portion pylorique. Elles ont 2 millimètres d'épaisseur aux environs du cardia, 6 millimètres à la partie moyenne, 14 millimètres au pourtour du pylore; l'augmentation d'épaisseur porte principalement sur le tissu sous-muqueux, qui est blanc, brillant et comme lardacé, très dense et très consistant. La muqueuse, un peu épaissie, se détache facilement de ce tissu par lambeaux assez consistants; elle est recouverte presque partout par un mucus rougeâtre ou noirâtre. Elle forme partout des replis très saillants dans l'épaisseur desquels se trouve compris un peu de tissu sous-muqueux. Ce tissu semble, par le côté extérieur, comprimer un peu la tunique musculaire, dans l'intervalle des fibres de laquelle il envoie de nombreux prolongements, et qui, toutefois, est aussi notablement hypertrophiée aux environs du pylore; la muqueuse n'est ulcérée nulle part; mais, aux environs du pylore, elle offre de petites plaques à peine saillantes, formées par l'agglomération de grains jaunâtres, gros comme la tête d'une épingle, qui lui donne un aspect chagriné. L'intestin grêle, dans presque toute son étendue, principalement dans sa partie supérieure, contient une assez grande quantité de matière muqueuse

grise-noirâtre, s'enlevant facilement de la surface de la muqueuse, qui est d'un gris terne, sans injection ni autre altération notable. Dans la partie inférieure de l'intestin grêle, ainsi que dans le gros intestin, on trouve par place de petits caillots rougeâtres, minces, mous, mêlés à un peu de mucosité.

Le foie pèse 3 kilog. environ; il a 25 centimètres d'avant en arrière et 27 centimètres transversalement. Sa face supérieure est devenue presque complétement antérieure, et sa face inférieure, postérieure. Il remplit la plupart des régions abdominales antérieures, ainsi qu'on l'a noté pendant la vie. C'est la portion correspondante à l'épigastre qui présente le degré d'altération le moins avancé. A cet endroit, l'épaisseur est moindre, le tissu est gris-jaunâtre. Cette coloration se remarque aussi généralement dans les autres parties; mais elle est masquée, dans beaucoup d'endroits, par une coloration rouge-noirâtre, due à une infiltration sanguine épaisse qui, en quelques points, est réunie en petits épanchements. Presque partout, soit dans la partie jaunâtre, soit dans la partie infiltrée de sang, on trouve la plupart des caractères du tissu normal de l'organe qui paraît avoir conservé sa structure; par place seulement, cette structure est masquée, soit par l'infiltration sanguine plus considérable, soit par de petits épanchements de sang, soit enfin par des noyaux arrondis, du volume d'une noisette, d'un blanc jaunâtre, gélatineux en apparence, mais denses, entourés, presque tous, par une auréole d'infiltration sanguine noirâtre, d'une épaisseur variable, avec laquelle leurs parties excentriques se confondent insensiblement en quelques points, et qui envoie quelques prolongements dans leur intérieur; quelques uns de ces noyaux, mieux formés, sont distincts des parties environnantes, dans tout leur pourtour; d'autres, encore tout-à-fait à leur principe, ont seulement le volume de grosses têtes d'épingles. Tous ceux-ci se trouvent au milieu de l'infiltration sanguine et même quelquefois des épanchements. A la surface extérieure, la coloration est généralement rouge, et cette couleur est interrompue

de distance en distance par la teinte gris jaunâtre de quelques uns des noyaux sus-indiqués et qui forment un très léger relief.

La rate et les reins n'offrent rien de particulier ; le pancréas est un peu mou.

Réflexions. — Il n'est pas très fréquent de voir des affections cancéreuses amener la mort en un temps aussi court que celui qui suffit, dans ce cas, au développement de la maladie : aussi ne trouve-t-on pas très souvent le rapport étiologique entre le sang et la matière colloïde aussi facile à saisir qu'il l'était chez ce sujet. On comprend sans peine que, plus une affection cancéreuse est voisine du moment de son début, plus on devra espérer de trouver le mode de formation primitive, de surprendre le secret de l'origine de l'altération. A ce titre, l'observation que l'on vient de lire offre un grand avantage, puisqu'elle se rapporte à une affection cancéreuse que l'on peut appeler aiguë.

Il n'est pas difficile d'y suivre la gradation entre le sang et le cancer. Le premier degré était l'infiltration sanguine ; le second était constitué par les petits épanchements de sang ; le troisième, par le pointillé que l'on découvre au milieu de l'infiltration sanguine et des épanchements ; le quatrième, par les noyaux jaunâtres gélatineux dont il était impossible de méconnaître l'origine, puisque leur pourtour se confondait insensiblement, dans quelques points, avec l'auréole sanguine qui l'enveloppait. Si la maladie avait été plus ancienne, on aurait trouvé aussi l'altération à l'état de complet développement, c'est-à-dire à l'état de masse gélatineuse.

Ainsi, en résumé, la matière colloïde ou gélatiniforme apparaît, à son principe, sous la forme de points blanchâtres, développés dans le sang coagulé ; soit encore contenu dans les vaisseaux, comme dans le fait rapporté par M. Cruveilhier, soit épanché dans les trames organiques, comme chez le sujet dont j'ai recueilli l'histoire. Ces points blanchâtres augmentent de volume et se convertissent en noyaux d'un blanc jaunâtre, assez denses et offrant déjà l'aspect d'une gelée assez consistante ; puis la

consistance des tumeurs diminue, leur volume augmente; elles se réunissent et forment des masses analogues à une gelée jaunâtre et ordinairement parcourues par des vaisseaux qui leur apportent les matériaux de leur nutrition, souvent aussi par des brides celluleuses qui circonscrivent des aréoles dans lesquelles la matière colloïde est contenue. Ces brides sont les restes des enveloppes qui entourent quelquefois les petites tumeurs dont la réunion constitue les masses, et elles sont formées soit par la couche sanguine la plus excentrique des tumeurs hémato-colloïdes, soit par le tissu cellulaire de l'organe qui recèle l'altération.

Cette nature de la matière gélatiniforme accidentelle ne doit pas étonner, lorsqu'on se rappelle combien sont fréquents les caillots gélatiniformes jaunâtaes contenus dans le cœur; ces caillots gélatiniformes offrent un aspect, une texture et une composition assez identique avec la matière gélatineuse du cancer; de sorte qu'il est difficile de trouver quelque différence entre ces deux substances.

Les considérations qui précèdent s'appliquent entièrement au cancer pultacé décrit par M. Cruveilhier (1), et qui, selon lui, a le même mode d'origine que le cancer gélatiniforme.

NOTE SUR LES HYDATIDES DU POUMON ET SUR L'APOPLEXIE PULMONAIRE.

Malgré les nombreuses et savantes recherches faites sur les hydatides, il est un point encore fort obscur dans leur histoire : c'est la nature de cette production morbide. Les uns regardent les hydatides comme des êtres vivants, créés de toutes pièces au sein de nos tissus; les autres, comme une transformation

(1) *Anatomie pathologique*, in-folio, fig. col.

d'un tissu préexistant, et il règne sur ce sujet une grande incertitude. Ayant rencontré quelques cas d'hydatides, il m'a semblé qu'ils pourraient être de nature à soulever le voile qui couvre le début du produit accidentel dont nous nous occupons. Sans doute ils ne sont pas en assez grand nombre pour conduire à des conclusions générales ; mais ils suffisent pour donner une direction particulière à l'attention des observateurs, dont les recherches confirmeront peut-être les opinions que je vais émettre.

J'ai recueilli l'observation que je vais rapporter, en 1836, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Magendie.

Au n° 35 de la salle Sainte-Monique est couchée la nommée Duval, âgée de soixante-six ans, couturière, entrée à l'Hôtel-Dieu le 29 octobre 1836.

Cette femme est incapable de donner beaucoup de renseignements sur son état de santé antérieur. Elle dit seulement que d'abord elle se portait très bien, n'était pas sujette à tousser, n'avait jamais eu de dyspnée, de palpitations, d'hémoptysie ; qu'elle tomba, il y a environ dix mois, et se fit une fracture au poignet ; qu'après avoir, pendant quelque temps, subi le traitement approprié à cette fracture, elle apprit qu'elle était mal remise, que cette nouvelle lui causa un tel saisissement, qu'elle en éprouva une dyspnée intense. A compter de ce jour, sa respiration fut gênée ; la dyspnée était continuelle, mais avec des exaspérations. Parfois elle avait des palpitations. Il survint bientôt de la toux, une expectoration sanguinolente, de la douleur en bas du sternum. En même temps, les forces se déprimaient. On n'employa pas d'émissions sanguines, parce que, à ce qu'elle dit, elle était trop faible. Cependant ces accidents se calmèrent un peu et disparurent même, pour la plupart. Pendant deux ou trois mois, il n'y eut pas d'expectoration sanguinolente. Les crachats étaient blancs.

Mais deux ou trois jours avant l'entrée à l'hôpital, le matin,

peu d'instants après son réveil, il lui survint une quinte de toux avec quelques nausées, et une abondante quantité de sang fut rejetée par la bouche. Depuis lors, la dyspnée augmenta, et la douleur en bas du sternum se fit de nouveau sentir. Il s'y joignit une autre douleur au-dessous du mamelon gauche ; la toux augmenta de fréquence, et l'expectoration resta sanguinolente. La malade, apportée à l'hôpital, est dans l'état suivant:

Faiblesse assez prononcée; maigreur assez grande; visage terreux. La malade paraît plus âgée qu'elle ne l'est réellement. On trouve au membre supérieur du côté droit les traces d'une ancienne fracture du radius. La chaleur des parties excentriques est conservée. La bouche est mauvaise; la langue humide, blanchâtre partout, excepté à la pointe, qui est un peu rouge. Ventre indolent. Un peu de diarrhée, depuis trois ou quatre jours. 70 pulsations petites, dépressibles. 40 respirations gênées, avec soulèvement du thorax. La malade est habituellement couchée sur le dos, soutenue par plusieurs oreillers; souvent aussi elle est assise, et son dos soutenu, parce que, dans cette position, la respiration est moins gênée. Un peu de douleur à la partie inférieure du larynx, au-dessous du mamelon gauche et en bas du sternum. Quintes fréquentes de toux, composées de quatre ou cinq secousses peu bruyantes, avec expectoration facile, lors de la position assise, d'une assez grande quantité de crachats d'un rouge grisâtre, assez épais, bien distincts et séparés, non adhérents, non visqueux, paraissant formés par une substance épaisse, d'un gris rougeâtre, parcourue par une infinité de petites stries sanguines fines et allongées, présentant en quelques points de grosses bulles d'air. Au-dessous est une couche de sang d'un rouge noirâtre, mêlée à un peu de mucosités épaisses.

Quelques crachats sont en partie d'un gris rougeâtre, comme je l'ai dit, en partie muqueux, aérés, incolores. La malade dit que les crachats sont plus sanguinolents le matin que le soir. La voix est faible, lente, un peu voilée. La percussion du thorax

fournit un son assez clair dans tout le côté gauche, un peu moins clair, mais encore sonore, dans le côté droit. De chaque côté, la résonnance paraît à peu près égale dans tous les points. L'auscultation donne les résultats suivants : bruit vésiculaire, un peu exagéré dans tout le côté droit. L'exagération du bruit respiratoire dans le côté antérieur gauche voile le bruit du cœur, qui est à peine perçu. La résonnance de la voix est à peu près partout égale et un peu exagérée. Lors de la toux, on entend dans la partie externe de la fosse sous-épineuse gauche et en dehors de l'omoplate, dans un espace bien circonscrit, un bruit de souffle un peu profond, un peu amphorique et métallique.

Le 31 octobre, les crachats, entièrement sanguinolents, sont moins nombreux. Les crachats sont d'un gris rose, épais, arrondis, persistants. Le 1er novembre, la respiration est un peu moins gênée. Il n'y a plus de parties entièrement rouges dans les crachats, qui tous sont d'un gris rougeâtre. Les fonctions digestives sont assez régulières. La face est un peu moins terreuse. Il y a du sommeil la nuit. Le 2, crachats semblables à ceux des jours précédents, avec quelques autres mucoso-puriformes, jaunâtres et quelques mucosités blanches, aérées. Le 3, la plus grande partie des crachats est mucoso-puriforme, jaunâtre. Un très petit nombre est d'un gris rougeâtre. L'oreille, appliquée sous l'aisselle du côté gauche, perçoit, de temps en temps, un peu de respiration métallique. Le 4, il n'y a plus de crachats rougeâtres. Jusqu'alors, la malade était à la soupe; on lui donne le quart. Le 5, les crachats forment au fond du vase une couche jaunâtre, mucoso-puriforme, d'épaisseur inégale. Le pouls est faible, petit. Cependant la malade dit que sa respiration est plus libre. Le 6, vers le soir, quelques crachats sanguinolents surviennent de nouveau. Le 7, il n'y a pas d'expectoration. Les forces se déprimment de plus en plus. La connaissance se perd. La malade succombe dans la soirée.

Autopsie, trente-six heures après la mort.

J'omets à dessein les détails relatifs aux cavités crânienne et abdominale, qui n'offrent rien de remarquable sous le point de vue que nous considérons.

La cavité du péricarde est petite. Le cœur est généralement petit.

La partie antérieure de la face interne du poumon droit adhère à la face externe du péricarde. Cette face présente, vers sa partie antérieure, inférieure et externe, des plaques irrégulières, généralement d'un jaune serin, d'un rouge lie de vin, dans quelques points. Au niveau de cette partie inférieure, antérieure et externe, la surface de la plèvre paraît un peu inégale. Le reste de la surface extérieure du poumon est libre d'adhérences et n'offre rien de particulier. Elle est d'un gris ardoisé foncé. A l'intérieur, à la partie antérieure du lobe supérieur, se trouve une cavité à peu près régulièrement sphérique, de deux pouces et demi de diamètre environ, dont les parois sont formées par du tissu pulmonaire sain, refoulé et épais seulement d'une demi-ligne entre la cavité et la face interne de l'organe. Cette cavité est exactement remplie par une poche cylindrique, d'un blanc de lait, nullement adhérente à la paroi de la cavité, dont elle s'échappe d'elle-même, après l'incision. Sur l'un des points de la face interne de cette poche se trouve une sorte de petite excroissance polypiforme, constituée par l'agglomération de petites vésicules blanches et à peu près transparentes. Un autre point présente une légère saillie arrondie et aplatie, de même couleur. Cette poche est entièrement remplie d'une sérosité limpide et incolore. La face externe des parois de la poche est blanche comme l'interne, recouverte presque partout d'une couche mince de matière filante, gluante, transparente, légèrement jaunâtre et verdâtre. L'épaisseur des parois de cette poche est d'environ une ligne. Le tissu qui les forme est assez résistant, quoique un peu mou. Les lambeaux pris à ces parois s'enroulent. Dans l'intérieur du poumon, aux points correspondants aux taches jaunes et rouges de l'intérieur, le tissu conserve la même coloration

à la profondeur d'un pouce environ. Plus profondément, dans l'espace de deux pouces carrés environ, le tissu est d'un rouge brun, comme infiltré de sang. Dans quelques unes de ces taches, cette altération est entourée de toutes parts d'une sorte d'intersection blanche de près d'une ligne d'épaisseur; il n'y a aucun espace vide; par sa surface externe, cette intersection blanche répond à des portions rouge et jaunâtre ou à du tissu sain.

Le poumon gauche, gris à l'intérieur, est complétement adhérent aux côtes en arrière. Son lobe inférieur est presque entièrement occupé par une excavation dont les parois sont aussi formées par du tissu pulmonaire sain et refoulé. Sur la surface interne de ces parois rampent des ramifications blanchâtres dont les extrémités paraissent détruites. Ces ramifications blanchâtres appartiennent à un tronc saillant à la surface interne de la paroi. Ces arborisations paraissent être des bronches : le tronc est seulement aplati; les branches paraissent oblitérées. Des stries rougeâtres les accompagnent. La surface interne de cette excavation présente cinq ou six petites ouvertures situées du côté interne de la racine du poumon. Ces ouvertures font communiquer la cavité accidentelle avec la cavité des bronches, et l'air insufflé par le gros tuyau bronchique passe par ces ouvertures. La paroi est, en outre, tapissée par des lambeaux membraniformes, transparents, jaunâtres, visqueux, épais d'une demi-ligne environ, peu consistants, se déchirant assez facilement.

Résumé. — Cette femme, d'une bonne santé habituelle, éprouve, environ neuf mois avant la fin de sa vie, une dyspnée qui ne tarde pas à s'accroître. A cette dyspnée se joint, plus tard, la toux, puis, une douleur thoracique et une expectoration sanguinolente. Ces symptômes, qu'accompagne bientôt la faiblesse, durent plusieurs mois. Pendant trois mois, ensuite, elle est mieux; mais, quinze jours environ avant sa mort, une toux violente survient avec abondante expectoration de sang, une grande dyspnée et une douleur au côté gauche du thorax. Ces symptômes, auxquels l'auscultation ajoute une respiration et une

toux métalliques, persistent jusqu'à la mort, qui est précédée de la diminution graduelle des forces.

A l'autopsie, on trouve des noyaux apoplectiques et une caverne logeant un kyste hydatique, dans le poumon droit; dans le poumon gauche, une caverne plus vaste que la précédente et contenant des débris membraniformes.

Réflexions. — Les lésions importantes, dans ce cas, sont surtout celles que j'ai rappelées dans le résumé, les épanchements apoplectiques et les deux excavations; c'est à ces altérations que l'on doit rapporter les principaux symptômes observés pendant la vie, et elles furent toutes, selon moi, les différents degrés d'une même lésion. Tâchons de faire ressortir l'analogie qui existe entre ces divers degrés et de rendre la gradation facile à suivre. Pour la bien comprendre, il est nécessaire de se rappeler la disposition des noyaux apoplectiques du poumon droit. Au centre, c'était du sang, avec tous ses caractères. A la circonférence, la coloration jaune-rougeâtre ou jaunâtre indiquait que le sang était soumis à un travail de résorption et subissait les décolorations que nous remarquons journellement dans les épanchements sanguins superficiels. Mais j'appelle surtout l'attention sur l'enveloppe blanche, épaisse d'une ligne, qui entoure immédiatement et de toutes parts le centre de l'épanchement sanguin. Quelle analogie entre cette enveloppe blanche et le kyste hydatique bien formé que l'on trouve dans le même poumon! Il ne faut, pour que la ressemblance soit complète, que la résorption du sang contenu dans la poche et son remplacement par de la sérosité. Cette transformation ne doit pas nous étonner, car il est bien fréquent de voir des kystes séreux remplacer des épanchements sanguins. La gradation est donc, jusqu'à présent, insensible; suivons-la encore plus loin : dans le poumon gauche, nous trouvons une caverne semblable à celle qui existe dans le poumon droit, mais en différant sous un certain rapport : elle ne contient pas, comme celle-ci, une poche hydatique complète,

mais des débris d'une poche pareille, car l'inspection de ces lambeaux nombreux ne laissait aucun doute à cet égard, et je crois que la description prouve aussi suffisamment cette similitude de nature. Ce sont donc là des restes d'une poche hydatique plus ou moins anciennement formée et dont une cause quelconque aura rompu la continuité. Ainsi, en résumant les différents degrés que nous venons de rappeler, nous trouvons d'abord les noyaux apoplectiques non entourés d'une enveloppe blanche; puis ceux qui présentent cette enveloppe; puis la caverne remplie par la poche hydatique complète; puis, enfin, la caverne contenant les débris de kyste.

Nous voyons combien la succession est naturelle dans les lésions. Je vais montrer, de plus, une succession aussi naturelle dans les symptômes, ce qui doit encore confirmer la proposition, dont l'analyse anatomique vient déjà de démontrer la vérité, que les lésions dont l'énumération précède sont de même nature. Dans l'analyse des symptômes, nous allons suivre un ordre inverse de celui que nous avons suivi dans l'analyse des lésions anatomiques. Dans celle-ci, il nous fallait aller des plus récentes vers les plus anciennes; nous devons, au contraire, dans l'exposé des symptômes, suivre l'ordre chronologique.

La dyspnée, la toux, les hémoptysies qui eurent lieu neuf mois environ avant l'entrée de la malade à l'hôpital, doivent être attribuées au travail morbide qui se faisait dans le poumon gauche, travail morbide qui, si l'on en juge par analogie avec les cas ordinaires, consistait en une apoplexie pulmonaire. L'expectoration resta sanguinolente, jusqu'à ce que tout le sang épanché dans le tissu pulmonaire fût résorbé ou rejeté par les bronches. Puis il y eut dans les symptômes une rémission qui coïncida sans doute avec la formation de la caverne et du kyste hydatique, lequel fut rompu ensuite, peut-être par les secousses de la toux qui accompagna la dernière recrudescence des symptômes. En même temps que le travail morbide que je viens d'indiquer s'opérait dans le poumon gauche, un travail ana-

logue s'opérait dans le poumon droit et confondait ses effets avec ceux des altérations du poumon gauche.

Deux ou trois jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, les mêmes symptômes se renouvelèrent. Alors se faisaient dans le poumon droit de nouveaux épanchements apoplectiques. Le plus ancien était celui que l'on trouva entouré de l'enveloppe blanche. Après quelques jours, les crachats ne contenaient plus de sang, parce qu'une partie de ce fluide épanché dans le tissu pulmonaire ayant été évacuée par les bronches, celle qui restait était maintenant enveloppée d'un kyste, et l'absorption seule devait faire les frais de sa disparition. Puis, la veille de la mort, de nouveaux crachats sanguinolents apparurent: probablement, ils étaient dus à la formation de nouveaux foyers apoplectiques, ceux qui présentaient à l'autopsie les caractères des épanchements les plus récents.

On voit que l'accord est parfait entre les lésions et les symptômes, et c'est encore une raison de croire que la succession que j'ai indiquée fut réelle. Quelques symptômes, moins importants sous le point de vue que je considère, doivent néanmoins aussi être appliqués. La résonnance métallique et le souffle bronchique dépendaient, on le conçoit, de l'existence de la caverne du poumon gauche et de sa communication avec les bronches; et cette communication eut probablement de l'influence sur la rupture du kyste, parce qu'elle permit la pénétration plus ou moins brusque de l'air dans la caverne. La profondeur de la caverne et surtout des ouvertures de communication avec les bronches expliquent pourquoi le souffle bronchique et la résonnance métallique de la toux étaient peu intenses. La situation centrale de la caverne du poumon droit et l'absence de communication de cette caverne avec les bronches expliquent pourquoi l'existence de cette caverne resta ignorée, et peut-être aussi, pourquoi le kyste hydatique ne se rompit point, comme celui du côté gauche. La douleur thoracique doit s'expliquer par la pleurésie dont on trouva des traces évidentes.

Frappé de la coïncidence et de l'évidente relation de l'apoplexie pulmonaire avec les kystes hydatiques, j'ai dû mettre un grand soin à l'examen des altérations analogues, toutes les fois que j'aurais occasion d'en rencontrer. Je vais transmettre les faits que je recueillis ensuite.

A l'une des séances du mois de mars 1837, M. Séguin présenta à la société anatomique des kystes hydatiques multiples, trouvés à l'hôpital des Enfants. Le cerveau en contenait un volumineux dont l'enveloppe était composée de deux membranes; l'externe était rougeâtre et fine. Le foie et l'épiploon en contenaient plusieurs. Un autre se rencontrait au sommet du poumon gauche. Ce kyste, du volume d'une grosse pomme, offrait des parois formées par deux ou trois membranes blanches, minces, molles, superposées et se détachant par lambeaux analogues à des fausses membranes ordinaires. Ces parois étaient, par places, un peu rougeâtres. Elles étaient doublées à l'extérieur et de tous côtés par un tissu pulmonaire d'un rouge cerise vif. Tout le lobe supérieur était de même couleur. Le doigt ne s'enfonçait pas facilement dans le tissu, qui paraissait avoir conservé à peu près toute sa consistance. L'acéphalocyste était contenue dans un kyste lisse à l'intérieur et peu adhérent aux couches hydatiques, intimement uni en dehors au tissu pulmonaire. L'excavation s'étendait en bas presque jusqu'à l'entrée des vaisseaux pulmonaires dans le lobe supérieur. Dans ce même lobe, se trouvait un noyau apoplectique, d'un brun noirâtre, de forme arrondie et d'un volume à peu près double de celui d'un noyau d'abricot. Cet épanchement, brusquement circonscrit à son pourtour, tranchait par sa couleur sur le tissu pulmonaire environnant, qui offrait une coloration plus claire. Le lobe inférieur du poumon gauche et les trois lobes du poumon droit étaient presque partout d'un rouge vif, et, en quelques points, d'un rouge brun, coloration due à l'infiltration d'une notable quantité de sang. La percussion et l'auscultation n'avaient rien

indiqué relativement à la maladie du poumon, qui était restée tout-à-fait inconnue. Ces lésions se rencontraient chez une jeune fille âgée de treize ans et demi, d'assez bonne constitution, vive et enjouée.

L'attention de la société, attirée surtout sur l'acéphalocyste du cerveau, se porta peu sur celui du poumon. Mais je donnai un soin tout spécial à l'examen de ce dernier, et je rencontrai les noyaux apoplectiques qui avaient échappé à mes collègues.

Réflexions. — Nous retrouvons encore, dans ce cas, la coïncidence des hydatides et des noyaux apoplectiques, et, de plus, une infiltration sanguine générale des poumons. Dans le poumon gauche, le kyste acéphalocyste peut être regardé comme étant à un degré intermédiaire à ceux que nous offrait l'observation précédente. On peut croire que le noyau apoplectique central a disparu et l'hydatide est encore entourée de sang, à l'état d'infiltration moins serrée. Dans d'autres points, soit du poumon gauche, soit du poumon droit, se trouvent encore d'autres foyers apoplectiques qui, sans doute, si la vie eût duré plus longtemps, se fussent transformés en kystes hydatiques. La texture des parois de l'hydatide sert aussi à confirmer l'analogie. Il est noté qu'elles sont formées de plusieurs couches superposées, analogues à des fausses membranes ordinaires. N'est-ce pas ainsi que se comportent les couches extérieures des caillots fibrineux? De plus, une teinte rougeâtre persistant encore en quelques endroits de la poche accidentelle vient trahir son origine. L'enveloppe de l'acéphalocyste du cerveau peut aussi contribuer à démontrer l'analogie que nous recherchons. En effet, la membrane externe de ce kyste, fine et rougeâtre, était assez semblable à la pellicule mince qui revêt beaucoup de caillots.

Le cas suivant, recueilli pendant l'année 1838, dans le service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, peut trouver place à la suite des précédents, son analogie avec les autres pouvant servir encore à la confirmation des conclusions que j'en ai tirées.

Au n° 58 de la salle Saint-Landry, est couché le nommé Quentin, marchand, âgé de trente ans.

Cet homme porte, depuis deux ans, une tumeur à l'épigastre; cette tumeur avait le volume d'une petite pomme quand le malade s'aperçut de son existence; elle prit ensuite de l'accroissement dans tous les sens et principalement en largeur. D'abord elle était située dans la région du pylore; de là elle s'étendit à gauche. La pression y était à peine sensible. Depuis le développement de cette tumeur, il est sujet à la diarrhée; depuis six mois, il a de fréquents rapports fades ou aigres. Il eut deux ou trois vomissements, mais jamais de matières alimentaires. L'année dernière, il fut affecté, dit-il, d'une fluxion de poitrine, pendant laquelle il cracha *du sang semblable à de la lie de vin gâtée.* Pendant un rhume violent dont il fut affecté au mois de janvier dernier, il expectora, dans un effort de toux, *un lambeau de pellicule blanche, qu'il compara à du papier mouillé, à du chiffon, à la membrane interne d'un œuf, grumeleuse d'un côté, ne pouvant s'étendre à plat, semblant former une portion de sac, ayant environ trois pouces de surface.* Il se dit maintenant malade depuis huit jours, quoique, depuis trois mois, il tousse, ait un peu maigri et ait graduellement perdu ses forces. Depuis huit jours, il éprouve une douleur, en arrière du côté gauche, au niveau des dernières fausses côtes. Lorsque cette douleur s'est développée, il a craché, en toussant, un peu de sang d'un rouge pâle.

État actuel, le 18 *avril* 1838. — Taille moyenne. Bonne conformation. Membres et thorax développés. Un peu de maigreur générale. Mémoire bonne. Intelligence ordinaire. Peau brune. Cheveux châtains. L'épigastre est occupé par une tumeur à peu près ovalaire, dont le diamètre transversal est de quatre pouces, et qui s'arrête à un pouce au-dessus de la cicatrice ombilicale. Cette tumeur, dont la saillie n'est pas brusque, mais graduellement arrondie, s'enfonce assez profondément. Elle paraît sous-jacente aux muscles des parois abdominales dont la con-

traction diminue néanmoins très peu son volume. Elle est immobile, résistante, uniforme, sans inégalité. La peau, à son niveau, n'a pas changé de couleur. La percussion y est absolument mate. La pression y est à peine sensible, mais elle est le siége d'une douleur spontanée, continuelle, que le malade compare à celle qui suivrait une contusion. La langue est humide, un peu blanchâtre au centre. Pouls régulier, à 56. Le coucher sur le côté est presque obligé; sans cela, il y a une grande dyspnée. Un peu de toux. Douleur en arrière et en bas du côté gauche du thorax. Cette douleur est plus vive que celle qui existe à la région épigastrique. Elle augmente par la toux et par la percussion, qui est un peu obscure en arrière et à gauche, dans les deux cinquièmes inférieurs. A cet endroit, la respiration est faible, un peu lointaine. (Empl. de diachylon gommé sur le côté gauche postérieur du thorax. Deux soupes.)

Le même état se continue les jours suivants. Le 24 avril, face animée. Pas de selles depuis l'entrée à l'hôpital. Quelques crachats grisâtres; un seul sanguinolent. Le malade étant assis, son mat à la percussion dans la moitié inférieure du côté gauche postérieur du thorax. Son obscur entre la partie moyenne et le tiers supérieur de ce même côté. A la partie moyenne, il y a quelque craquement. Le malade étant placé sur le ventre, la percussion est un peu moins obscure; on entend mieux la respiration, accompagnée de râle sous-crépitant depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. Céphalalgie. Dans la journée, légère épistaxis. Le 25 avril, la douleur au côté gauche est plus vive que la veille, augmentée par la toux. La respiration est presque nulle en arrière et à gauche, dans la moitié inférieure, où il y a de l'égophonie. Chaleur générale humide, brûlante, incommode. (Saignée de 16 onces.) Le 26, le caillot de la saignée est sans couenne. En arrière et à gauche, dans la moitié inférieure, respiration presque nulle. Un peu de bronchophonie. Par intervalles, quelques craquements au sommet gauche. Percussion presque complétement mate, en arrière, dans la

moitié inférieure; sonore, sur la partie latérale. Les mêmes résultats sont obtenus par la percussion et l'auscultation, quand le malade est couché sur le ventre et un peu incliné à droite. Le 27, les crachats verdâtres, un peu aérés et blancs, sont suspendus dans un liquide un peu trouble, au fond duquel se trouvent *des pellicules semblables à de la raclure.* En arrière et à droite, inférieurement, un peu de râle sous-crépitant. En arrière et à gauche, à la partie moyenne, un peu de râle crépitant. Au-dessous, pas de râles. Percussion très douloureuse. (Violette gommée, potion gommeuse.) Le 28, sensibilité vive à la percussion, qui est obscure dans les trois quarts inférieurs gauches. A la partie moyenne du côté gauche postérieur, respiration nulle, un peu de bronchophonie. Crachats de couleur acajou sale. (Saignée de onces xij, potion gommeuse avec tartre stibié, gr. vj.) Le 30, crachats blancs aérés; quelques uns rosés, pas évidemment rouillés. Dans tout le côté gauche, expiration prolongée. Inspiration et expiration bronchiques, en arrière et à gauche. Matité dans les trois quarts inférieurs, à gauche et en arrière. Râle sous-crépitant à la partie latérale de la poitrine. (Potion stibiée.) Le 3 mai, obscurité du son à gauche et en arrière, dans la moitié inférieure. Râle sous-crépitant et respiration plus faible qu'à droite. (Lav. de lin, violette gommée; potion gomm., un huitième d'al.) Le 4, râle sous-crépitant à gauche, dans toute la hauteur du thorax, en arrière. Obscurité du son à la partie inférieure. Le 5, huit onces de crachats verdâtres peu aérés, tendant à se détacher les uns des autres et coulant en nappe, sans adhérer au crachoir. Douleur vive par la toux dans le côté gauche de la poitrine. Le 6, quelque craquement humide à deux pouces au-dessus du mamelon gauche. Cinq onces de crachats semblables à ceux d'hier. Le 7, huit ou dix onces de crachats verdâtres, opaques, peu aérés, coulant en nappe, causant au malade beaucoup de dégoût en passant par la bouche. Toux fréquente et pénible. La figure du malade est maintenant calme et naturelle. Le 8, douze onces de

crachats comme les jours précédents. Dans la matinée, expectoration de plus de quatre onces d'un liquide épais, jaune-verdâtre, comme les crachats des jours précédents, coulant comme du pus, mêlés à quelques grumeaux et à quelques bulles d'air très petites. A gauche, et en arrière, il semble qu'il y ait superficiellement un bruit vésiculaire imparfait, et, plus profondément, de la respiration bronchique. Le 9, crachats semblables, mais un peu plus épais, un peu détachés, peu aérés. Les forces sont revenues; pas de fièvre; la digestion se fait bien. Le 10, même état. Le 11, râle sous-crépitant en arrière et à gauche, inférieurement. Le 12, la moitié des crachats offre une couleur bistre. Depuis deux jours, légère douleur dans la partie latérale droite de la poitrine. Respiration vésiculaire, un peu soufflante antérieurement et à droite, dans toute la hauteur du thorax. Râle bronchique sec, par intervalles, à droite et en avant dans la hauteur de quatre pouces, à partir de la clavicule. En arrière et à droite, respiration bronchique et bronchophonie. Le 15, crachats blancs-verdâtres, aérés. Diarrhée liquide, abondante, depuis deux jours. Un peu de râle sous-crépitant humide, au-dessous de la mamelle droite. Respiration soufflante et superficielle, vers le bord spinal de l'omoplate du côté droit. Le 16, dix onces de crachats, dont la moitié semblable à ceux de la veille, l'autre moitié offrant une teinte d'un rouge vineux. La tumeur abdominale paraît devenir plus superficielle. La pression non pratiquée avec beaucoup de ménagement détermine une douleur qui se prolonge pendant plusieurs heures. Le 18, on entend, comme depuis quelques jours, du gargouillement et un peu de respiration métallique au niveau du bord spinal de l'omoplate gauche. Le 19, la respiration métallique ou amphorique est très manifeste entre le bord spinal de l'omoplate gauche et l'épine. Le 20, le malade, s'ennuyant à l'hôpital, veut absolument sortir. Il est

très faible. L'auscultation donne le même résultat que les jours précédents.

Réflexions. — Je ne crois pas que le défaut d'autopsie puisse laisser, dans ce cas, quelque doute sur la nature de l'affection: on reconnaît trop clairement des débris de kystes hydatiques dans la description des pellicules blanches que le sujet expectora à une certaine époque, pour que l'on puisse nier le caractère de la maladie. Partant de là, cherchons si, chez ce sujet, la marche et les symptômes de la maladie furent semblables à ce qu'ils étaient chez le sujet de la première observation; et si cette recherche prouve la conformité de ces cas et l'existence de l'apoplexie pulmonaire, la relation entre cette maladie et les hydatides en recevra encore une nouvelle preuve.

Suivons les symptômes. D'abord, le sujet a de la toux, de la dyspnée, des crachements de sang. Le sang qu'il expectore alors n'est pas le sang des crachats de la pneumonie; il se rapproche infiniment davantage de celui qui est expectoré dans l'apoplexie pulmonaire. L'expectoration de débris d'hydatides doit rappeler la déposition de débris semblables dans l'une des cavernes rencontrées chez le sujet de l'observation 1re; ne doit-on pas soupçonner la même disposition chez Quentin, avec cette différence que les débris hydatiques furent expectorés, au lieu de rester, comme chez l'autre sujet, dans la caverne, dont sans doute ils n'étaient pas sortis parce que les ouvertures de communication avec les bronches n'étaient pas encore assez larges pour permettre leur issue? Quant à l'assertion du malade, relativement à la fluxion de poitrine qu'il avait eue antérieurement, ce nom vulgaire, qui s'attribue également à toutes les affections thoraciques aiguës, est trop vague pour que l'on doive en conclure nécessairement l'existence de la pneumonie. Certainement, cette maladie n'était autre qu'une apoplexie pulmonaire, peut être avec pleurésie, coïncidence qui parut exister à la dernière maladie de ce sujet,

et que l'on observe fréquemment; et ce fut sans doute à cette époque que furent formées les hydatides dont il rendit les débris au mois de janvier suivant. Je rappelle qu'au moment où il expectora ces débris hydatiques, Quentin avait, dit-il, un rhume violent. Ce fait corrobore l'opinion que j'ai émise dans les réflexions qui suivent la 1re observation, sur l'influence que les secousses de la toux peuvent avoir sur la rupture du kyste.

La dernière maladie qui amena le sujet à l'hôpital est facile à rattacher à l'apoplexie pulmonaire et à la formation d'une caverne. D'abord, il paraissait exister une pleurésie qui masquait les signes que nous recherchons; mais lorsque la pleurésie, à son déclin, permit à ces signes de se dessiner, qu'observa-t-on? Les crachats sont bien caractéristiques: d'abord, du sang fut expectoré, présentant des caractères qui permettaient de penser qu'il était depuis peu sorti des vaisseaux; ensuite, il devint tel qu'il devait être après avoir séjourné quelque temps dans l'économie, hors de ses canaux naturels. Puis, il n'y eut plus de sang dans les crachats, qui furent tout-à-fait semblables à ceux que l'on observe chez les malades porteurs d'une excavation pulmonaire, et, en particulier, à la matière mucoso-puriforme que nous trouvâmes dans les cavernes, conjointement avec les kystes hydatiques, chez le sujet de l'observation 1re. Enfin, le malade expectora des pellicules semblables à des raclures dans lesquelles on reconnaît des débris de kyste. Sans doute, ce kyste était de formation plus récente que celui qu'il avait expectoré précédemment; mais, développé dans une caverne communiquant avec les bronches, il avait été rompu, ou peut-être entravé dans sa formation complète par l'air agité à chaque instant, dans cette caverne, par les efforts de la respiration et les secousses de la toux.

L'existence de la caverne du poumon gauche, sa communication avec les bronches, telle que le sang et les autres matières contenues pussent être évacués, nous fut prouvée par l'auscultation, qui nous permit, ainsi que l'on peut s'en assurer par la lecture attentive de l'observation, de suivre pas à pas la forma-

tion de cette caverne, à mesure que le sang épanché se frayait un passage au-dehors. Ainsi, d'abord, on perçut de la respiration bronchique obscure, profonde; puis, de la respiration amphorique, métallique.

Donc, pour nous résumer, il y eut, chez ce sujet, à deux reprises, apoplexie pulmonaire et formation d'hydatide. La première fois, les hydatides furent expectorées plusieurs mois après leur formation. La seconde fois, elles parurent l'être, au moins en partie, peu de temps après avoir été formées.

Peut-être la tumeur épigastrique était-elle due aussi à des hydatides. Il ne faudrait pas s'en étonner, car on sait combien il est fréquent de rencontrer des kystes multiples chez les mêmes individus. Les deux premières observations en donnent la preuve.

Les hydatides pulmonaires ne sont pas rares, et pourtant les recueils scientifiques contiennent bien peu d'observations de cette maladie assez détaillées pour que l'on puisse en tirer quelque conclusion. Cependant je puis citer celle qui est insérée dans le *Journal de médecine* de Corvisart, Leroux et Boyer (1). L'extrait suivant suffira pour démontrer l'analogie de cette observation avec celles que j'ai rapportées.

Le sujet, primitivement d'une santé robuste, après avoir été exposé pendant plusieurs jours à la fatigue et à la pluie, fut pris de douleur au côté gauche de la poitrine, d'oppression et de malaise, symptômes qui durèrent huit jours. Deux mois après, ces symptômes reparurent et se renouvelèrent plusieurs fois, dans l'intervalle d'un mois. Le malade commença ensuite à cracher des matières *rougeâtres;* puis il sentit dans le côté gauche un léger gargouillement déterminé par le mouvement de la respiration. Sa santé se dérangea de plus en plus. Un jour, il lui sembla que quelque chose se rompait dans la poitrine, et

(1) Tome II, an IX.

tout-à-coup il rendit une grande quantité de matière albumineuse. Pendant quelque temps il continua à expectorer une assez grande quantité de ce fluide, et il s'y joignit *des morceaux de peau blanche, d'une transparence laiteuse et parfaitement semblable à une lame de blanc d'œuf durci au feu.* Désormais, ses crachats continrent souvent des portions de peau semblables. Une fois, plusieurs de ces peaux furent couvertes d'*espèces de perles.* Il sentait ces pellicules s'agiter, monter et descendre dans sa poitrine, avant d'être expectorées, et souvent il lui semblait qu'elles étaient arrêtées au niveau d'une ouverture trop étroite pour qu'elles pussent s'échapper. Chaque jour, il avait de la fièvre. Ses fonctions digestives commençaient à s'altérer, mais il n'avait pas l'apparence d'un phthisique. Plusieurs mois après avoir commencé à expectorer des peaux blanches, il en rendit, un jour, une très grande quantité, émission qui fut suivie d'un très grand soulagement. Depuis lors, jusqu'au moment où l'observation fut interrompue, il ne cracha plus de pellicules blanches, et, quoique faible encore, il se portait beaucoup mieux.

Réflexions. — Il n'est pas difficile de faire ressortir l'analogie qui existe entre cette observation et celles qui précèdent. Le sujet, d'une bonne constitution, est pris des symptômes d'une affection aiguë de poitrine dont la pleurésie paraît être un des éléments, puis il expectore des crachats rougeâtres, éprouve des sensations qui laissent peu de doute sur la formation d'une ou plusieurs cavernes dans son poumon gauche, et enfin expectore, après avoir senti dans sa poitrine une sorte de rupture, une grande quantité de liquide albumineux et un grand nombre de débris d'hydatides tout-à-fait semblables à ceux que j'ai décrits plus haut, dont l'un présentait sur l'une de ses faces de petites granulations semblables à celles que nous avons rencontrées dans la 1re observation. Le malade sentait ces hydatides remuer dans sa poitrine, et quelquefois s'arrêter à l'ouverture de la caverne, avant d'être rejetées par la bouche. Y a-t-il

là rien autre chose que nous n'ayons déjà vu ? Un seul symptôme est plus apparent qu'il ne l'était dans les autres observations, c'est l'expectoration d'une grande quantité de liquide albumineux. Ce symptôme ne doit pas étonner. Ce liquide, avant d'être expectoré, était contenu dans les poches hydatidiques, dont la rupture s'annonça, la première fois, par une sensation non douteuse. Dans les observations que j'ai rapportées, ce liquide fut retrouvé dans les kystes non encore rompus, ou se mêlait aux crachats puriformes, dont l'abondance empêchait sa complète perception; ce qui est d'autant plus facile à comprendre que, dans aucun des cas précédents, les kystes n'étaient aussi nombreux, et, par conséquent, le liquide aussi abondant que dans celui que je viens de citer en dernier lieu.

Je dois aussi rappeler que ce malade, quoique fort affaibli, n'avait pas l'apparence d'un phthisique, observation que j'avais faite aussi à l'égard des premier et troisième malades dont j'ai rapporté l'histoire.

La considération attentive des observations qui précèdent conduit aux conclusions suivantes sur la relation étiologique qui existe entre l'apoplexie pulmonaire et les hydatides. Je n'applique ces conclusions qu'aux faits que je viens de mentionner, et qui sont, je le répète, en trop petit nombre pour qu'il soit permis de généraliser. Toutefois, comme il est raisonnable de supposer que les kystes hydatidiques se développent, dans tous les cas, de la même manière qu'ils se sont développés dans ceux que je rapporte, peut-être pourrait-on étendre à tous les conclusions que je restreins à quelques cas particuliers. De même, comme le mode de production des hydatides est très probablement le même dans tous les organes, on peut sans doute faire aux autres organes l'application de ce que j'indique pour le poumon.

Un épanchement de sang se forme dans le poumon : le fluide peut être seulement infiltré en quantité peu considérable et se

résorber bientôt, sans offrir les particularités que nous allons décrire. Mais lorsque la résorption de l'épanchement ne s'opère pas, voici l'évolution la plus ordinaire. Au centre de cet épanchement qui forme particulièrement le noyau apoplectique, le sang est, proportionnellement à la place qu'il occupe, en quantité beaucoup plus grande qu'à la circonférence. Dans ce centre est une infiltration considérable ou une sorte de cavité résultant de l'écartement ou de la déchirure des lames du tissu, et dans laquelle est contenu le sang. A la circonférence de l'épanchement, l'infiltration est ordinairement moins dense. La différence dans l'abondance du sang épanché dans les divers points de l'apoplexie, rend compte de la différence de coloration que l'on remarque dans tous les points. Dans un épanchement récent, il est vrai, tous les points sont souvent de même couleur ; mais, pour peu que quelques jours se soient écoulés depuis la formation de cet épanchement, la coloration n'est plus la même dans toute l'étendue de l'altération. Le centre est d'un rouge noirâtre, souvent tout-à-fait noir; la partie la plus excentrique est d'un rouge beaucoup plus clair. Après quelques jours, ces deux portions sont séparées par une troisième portion intermédiaire. Celle-ci est jaunâtre, un peu plus ferme, un peu plus consistante que les autres. La portion excentrique se résorbe et pâlit peu à peu; puis elle finit par disparaître, et le tissu qui entoure la partie jaunâtre intermédiaire reparaît avec ses caractères normaux. Pendant ce temps, la portion centrale subit d'autres modifications. Le sang se réunit en masse. Les mailles du tissu sont détruites, si déjà elles ne l'étaient dès le début de l'épanchement, et le sang se trouve alors logé dans une cavité creusée au milieu de l'organe. Il peut ainsi rester plus ou moins longtemps entouré de la portion jaunâtre. Celle-ci peut subir deux sortes de modifications très différentes : dans certains cas, son épaisseur augmente à mesure que la portion sanguine centrale diminue de quantité, ce qui semble indiquer qu'elle est le résultat de la transformation de cette dernière, et lorsque celle-

ci a disparu complétement, la partie jaune, dont les différents points se sont rapprochés, peut persister et constituer une de ces cicatrices jaunâtres que l'on rencontre assez fréquemment dans les poumons. Dans d'autres cas, au contraire, elle se rétrécit graduellement et disparaît, ou contribue avec le parenchyme environnant à former une enveloppe à la portion sanguine centrale. Cette enveloppe peut être partout continue. Dans certains cas, elle est percée d'ouvertures plus ou moins grandes qui donnent passage aux bronches par lesquelles la portion sanguine centrale est chassée en dehors. Toute cette portion centrale peut ainsi disparaître, laissant une caverne à la place qu'elle occupait; cette caverne peut aussi se vider par un autre mécanisme: la surface interne de l'enveloppe devient lisse, polie, comme séreuse, et est l'agent de la résorption du sang qu'elle entoure. Quand la caverne ne contient plus de sang, on y trouve une matière mucoso-puriforme lorsque les bronches communiquent avec elle, de la sérosité lorsque le kyste qui l'entoure est fermé de toutes parts. Tout le sang qui est contenu au centre de l'épanchement peut ne pas être résorbé ou expectoré.

Quelquefois alors les transformations suivantes s'établissent: la couche la plus excentrique de cette portion centrale peut elle-même constituer une espèce de kyste, d'un blanc grisâtre, d'abord mou et très facile à rompre, dont les secousses de la toux peuvent déterminer la rupture et dont les débris peuvent être chassés au-dehors, si les bronches communiquant avec la caverne lui livrent passage. Les parois de cette poche varient de consistance; elles ont environ une ligne d'épaisseur, tantôt un peu plus, tantôt un peu moins. Elles sont d'un blanc de lait; elles paraissent quelquefois formées de plusieurs couches superposées, que l'on peut séparer sans trop de difficulté. La poche remplit presque entièrement la caverne. Il n'y a entre sa surface externe et les parois de la cavité, lorsque celle-ci communique avec les bronches, qu'un peu de matière mucoso-puriforme,

jaunâtre, verdâtre, ordinairement assez fétide. Les deux surfaces des parois de cette poche hydatidique sont polies ; l'interne est en rapport avec une collection de sérosité limpide qui la remplit toujours. Dans certains cas, on trouve sur un ou plusieurs points de cette surface interne une agglomération de petites vésicules ou quelques inégalités. La poche hydatidique est toujours libre dans la caverne, aux parois de laquelle elle nadhère en aucun point.

Lorsque les parois de la caverne ne sont pas tapissées par un kyste séreux, elles sont formées par le tissu de l'organe lui-même, ordinairement lisse et uni, et la surface présente des reliefs dus à des ramifications bronchiques et vasculaires.

Les hydatides, une fois formées, peuvent persister jusqu'à la mort de l'individu ; elles peuvent être expectorées après un temps plus ou moins long. J'ignore si leur disparition peut se faire d'une autre manière.

Quand l'hydatide n'est plus dans la caverne, ou, dans les cas où des hydatides ne se sont pas développées, lorsque le sang qui formait le noyau hémoptoïque central a été résorbé ou chassé par les bronches, la caverne diminue ordinairement un peu d'étendue, et quelquefois cette diminution est telle que les parois s'appliquent l'une à l'autre, de sorte que la cavité est annihilée. C'est ainsi que M. Rousset (1) regarde comme des traces d'apoplexie pulmonaire plusieurs de ces cicatrices que l'on rencontre fréquemment dans l'épaisseur des poumons.

Les hydatides, comme l'apoplexie pulmonaire, peuvent se rencontrer dans tous les points des poumons. Elles sont un peu plus fréquentes à la base et à la partie moyenne qu'au sommet; néanmoins on en trouve aussi au sommet. Très fréquemment elles sont multiples : il n'est pas rare de trouver six ou huit kystes hydatidiques chez le même individu. On les rencontre

(1) *Recherches sur les hémorrhagies.* Paris, 1827. Thèse n° 75.

dans l'un des poumons ou dans les deux. Leur grandeur varie depuis celle d'un œuf de pigeon jusqu'à celle d'un œuf d'oie.

Pour appuyer la possibilité de la conversion du sang en kyste hydatique, je rappelle que l'on a trouvé des acéphalocystes qui flottaient dans le sang (1); que, dans un cas rapporté par Laënnec, la cavité du ventricule droit du cœur contenait des vésicules dont quelques unes étaient remplies par un liquide semblable à de la lie de vin, d'autres, par un caillot de sang mêlé d'une petite quantité de fibrine (2), et que J. Baron et M. Rousset ont rencontré plusieurs fois des hydatides remplies d'un fluide noirâtre, semblable à du sang mêlé avec de l'eau (3). L'explication la plus naturelle que l'on puisse donner de ces faits, c'est que les acéphalocystes étaient le produit de la transformation du sang. J'extrais de la thèse de M. Rousset le passage suivant, qui n'a pas besoin de commentaire : « J'ai trouvé quelquefois des tumeurs du sein qui se présentaient avec toutes les apparences du carcinome, et qui, au lieu d'être cancéreuses, étaient composées de kystes plus ou moins nombreux et de volume variable. Tous renfermaient un liquide aqueux au milieu duquel nageait une matière comme fibrineuse et d'un gris noirâtre. En comparant ces observations avec ce que l'on voit souvent dans le cerveau, à la suite de l'apoplexie, je me suis demandé si ces kystes, si d'autres kystes même, ne dépendaient point d'une hémorrhagie. Ces fragments fibrineux ne seraient-ils point les traces d'un caillot plus ou moins volumineux, emprisonné par une fausse membrane qui, plus tard, se change en kyste (4)? »

J'ajoute, comme preuve à l'appui du mode d'origine des hydatides, que la cause de leur développement est souvent une

(1) *Revue médicale*, t. IV. 1826. Velpeau.

(2) *Auscultation médiate*, t. II. — *Végétations globuleuses.*

(3) *Recherches sur le développement des maladies tuberculeuses*, par J. Baron, trad. par Boivin. Paris, 1825. — Rousset, Thèse sur les *Hémorrhagies.*

(4) *Loc. cit.*

chute, un choc pouvant produire une commotion et un épanchement de sang dans l'organe qui les renferme. De plus, encore, on rencontre souvent des tumeurs morbides, constituées à la fois par des poches séreuses et par d'autres produits accidentels (1), dus ordinairement, comme je crois l'avoir démontré ailleurs (2), à la transformation du sang épanché. Cette simultanéité de développement dans les mêmes régions de l'économie semble prouver que les acéphalocystes et les autres produits accidentels ont une origine commune. Enfin, avec M. A. Bérard (3), je rappelle que c'est dans la partie spongieuse des os longs ou dans le diploé des os plats, c'est-à-dire dans la partie la plus vasculaire, que se développent ordinairement les hydatides. De même, dans le crâne, c'est principalement aux environs de la pie-mère, du réseau vasculaire qui enveloppe le cerveau, que les hydatides prennent naissance, et surtout dans les scissures où se logent les principales ramifications vasculaires (4).

A ceux qui s'étonneraient de ce que les couches les plus excentriques d'un caillot sanguin pussent se convertir en kyste hydatidique, non adhérent aux parois de l'excavation qui le renferme, je répondrais que les parois de l'acéphalocyste ont en général toutes les propriétés de l'albumine ou de la fibrine, et que, depuis le travail de M. Legroux sur les concrétions sanguines, il est impossible de douter qu'un caillot puisse se convertir en kyste, libre dans la cavité qui le renferme (5), et enfin que plusieurs auteurs, M. Bouillaud entre autres, citent des exemples assez nombreux de caillots convertis en kystes simples ou multiples. On ne peut regarder la transformation des foyers apo-

(1) Voy. J. Baron, *loc. cit.*

(2) Voyez *Recherches sur la nature des tubercules*, et *Mémoire sur le tissu encéphaloïde*, annexés à ce travail.

(3) *Dictionnaire de médecine*, t. XXII, article *Os. pathol.*

(4) Des observations citées par M. Calmeil, article *Encéphale* du *Dictionnaire de médecine*, prouvent cette assertion.

(5) Thèse sur les *Concrétions polypiformes*.

plectiques pulmonaires en kystes séreux comme une fiction tirée de l'induction rationnelle, plutôt que comme un fait résultant de l'observation, car souvent des foyers sanguins, apoplectiques, cérébraux, sont remplacés par des kystes séreux, et ce qui n'est pas contesté pour le cerveau ne doit pas l'être davantage pour le poumon; enfin, pour mettre hors de doute la terminaison de l'apoplexie pulmonaire par excavation, je donne plus loin la relation d'un fait qui me semble tout-à-fait propre à résoudre affirmativement la question. D'ailleurs, cette opinion est entièrement d'accord avec l'analogie : c'est celle de M. Rousset (1), qui décrit même la fausse membrane qui se forme autour des excavations et qui peut, suivant lui, devenir cartilagineuse. M. Cruveilhier (2) a admis aussi la possibilité de la terminaison de l'apoplexie pulmonaire par excavation, quoiqu'il semblât manquer de faits pour l'appuyer. Les observations suivantes démontreront, j'espère, la réalité de cette assertion.

Je rapporte d'abord un court extrait de la description d'une autopsie faite, pendant l'année 1838, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis. Cette autopsie est celle d'une jeune femme qui succomba à des accidents multiples, entre autres à une phlébite des membres abdominaux, survenue à la suite d'une couche.

Le lobe supérieur du poumon droit, près de sa base, offre à un demi-pouce de la scissure, à l'extérieur, une dureté correspondante à une dureté intérieure, inégale, dont la partie centrale est d'un rouge foncé, ferme, homogène, non grenu, et dont le pourtour est seulement rougeâtre et comme un peu grenu. Entre ces deux portions se trouve une sorte de démarcation jaunâtre, épaisse, d'une à deux lignes, plus dure qne les parties qu'elle sépare et arrivant jusque sous la plèvre.

Il est facile de reconnaître ici les trois parties de l'épanche-

(1) *Loc. cit.*

(2) Article *Apoplexie pulmonaire* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. III, p. 201.

ment sanguin, telles que je les ai indiquées dans les réflexions précédentes, et nous devons nous rappeler la grande ressemblance qui existe entre cette description et celle que j'ai donnée dans l'observation 1re. J'ai eu, depuis lors, d'assez fréquentes occasions d'observer une disposition pareille. Je vais rapporter, entre autres exemples, un extrait de la relation d'une autopsie faite pendant l'année 1839, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. Baudelocque.

A la partie postérieure du lobe inférieur du poumon droit se trouve un noyau apoplectique, noirâtre, au niveau duquel le tissu est infiltré de sang, qui, en quelques points même, paraît accumulé en petites masses. Au niveau de ce noyau apoplectique, la coloration extérieure est d'un bleu foncé, et la plèvre est revêtue de fausses membranes. Au pourtour de cet épanchement apoplectique on remarque une sorte de couche d'un jaune grisâtre, assez dense, épaisse de trois lignes environ, et tranchant brusquement, par sa coloration et sa consistance, soit sur l'épanchement apoplectique, soit sur le tissu pulmonaire environnant. Au sommet du poumon gauche existe un épanchement apoplectique semblable au précédent, et dans le reste de cet organe on trouve encore deux ou trois petits noyaux assez denses, jaunâtres dans presque toute leur étendue, un peu rouges à leur centre, paraissant immédiatement sous-jacents à la plèvre.

Cette dernière description nous montre la partie centrale réduite à un très petit noyau, et la partie jaunâtre, au contraire, d'une épaisseur assez considérable. Les différent points de celle-ci convergent pour former des cicatrices fibreuses jaunâtres, telles qu'on en rencontre assez fréquemment dans les poumons. L'observation suivante va nous offrir un exemple de caverne apoplectique.

Le nommé Volant, âgé de soixante-dix ans, rentier, entre,

le 6 août 1836, à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Martine, service de MM. Jadioux et Piédagnel).

Cet homme dit que, dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital, ayant un gros rhume, il se cassa un vaisseau dans un effort de toux. Depuis ce temps, il crache toujours du sang et s'affaiblit un peu. Son thorax résonne bien partout, excepté peut-être dans les fosses sus-épineuses. Le bruit respiratoire est faible dans les fosses sus-épineuses. Il y a du râle crépitant dans le côté inférieur et postérieur droit du thorax. L'expectoration est facile. Les crachats forment une masse liquide, brune, recouverte de mucosités incolores, aérées, légèrement adhérentes et mêlées à quelques stries sanguines. Le 8 et le 9 août, les crachats sont plus roses, plus filants, adhérents au vase, et les uns aux autres, formés par un liquide brunâtre mêlé intimement à une assez grande quantité de sang et recouvert, en certains points, de mucosités incolores, aérées. Le 10 août, il y a dans les crachats une moindre proportion de sang et plus de mucosités incolores, aérées. Le liquide qui les contient est peu visqueux. Le 11, râle sous-crépitant dans tout le côté droit postérieur du thorax. L'appétit est bon; les forces se soutiennent. L'expectoration est facile. Les crachats, abondants, sont formés, en partie, par un liquide incolore par places, brunâtre et un peu épais en d'autres, légèrement visqueux, en partie, de mucosités visqueuses, adhérentes, filantes, aérées, incolores ou d'un rouge vif, dernière coloration qui est due à un mélange intime des mucosités avec le sang. Le 14, râle sous-crépitant, fin dans les trois quarts inférieurs et postérieurs droits. Un râle semblable, mais un peu moins distinct, se fait entendre aussi à gauche, surtout lors des inspirations amples. Les crachats sont un peu plus rouges. Le 15, on augmente la quantité des aliments. Les crachats ne contiennent pas plus de sang. Le 17, on donne la portion de vin. Le 18 et le 19, un peu moins de sang dans les crachats. Le 20, la sous-crépitation est fine. Un souffle bronchique obscur se perçoit en arrière et à droite.

Il y a généralement un peu plus de sang dans les crachats, dont quelques uns cependant sont composés de simples mucosités aérées, incolores. Le 21, la plupart des crachats sont d'un rouge plus vif; quelques uns cependant sont formés de mucosités incolores. Le 24, il y a encore un peu de souffle bronchique au niveau de l'angle de l'omoplate, du côté droit. Un peu de crépitation aux environs. Les crachats sont semblables à ceux des jours précédents; une grande quantité de liquide brunâtre contribue à les former. Le 26, la quantité de sang contenu dans les crachats est abondante; plusieurs sont formés de sang pur. Le malade a eu, la nuit, en expectorant, une sensation de déchirement sous le sternum. Le 27, avec les crachats aérés, d'un rouge vif, il y a une assez notable quantité d'un liquide d'un rouge sombre, gluant, un peu filant et adhérent. Le 28, les crachats contiennent encore du sang. La crépitation est moindre. Le 1^er^ septembre, les crachats, très abondants, forment une couche épaisse, vitrée, adhérente, tremblotante en masse à la moindre secousse, d'un rouge vif presque partout, rose en quelques points. La crépitation est moindre qu'elle ne l'était, dans les respirations ordinaires; mais, dans les respirations amples, elle est déchirante au niveau de la partie inférieure et postérieure du côté gauche. Les membres inférieurs et le membre supérieur droit offrent un peu d'œdème. Les veines sous-cutanées sont toutes très gonflées. Le malade s'affaiblit un peu. Le 2 septembre, quelques mucosités d'une teinte plus claire, dans le crachoir. On fait une saignée de trois palettes. Le 3, expectoration moins abondante. Il y a assez de bien-être. Le système veineux sous-cutané est affaissé. Le 5, quelques crachats muqueux, à moitié blancs, sont suspendus dans un liquide épais, un peu brunâtre, assez abondant. Le 6, plusieurs crachats sont incolores, d'autres contiennent du sang d'un rouge cerise. En somme, il y a beaucoup moins de sang dans les crachats qu'il n'y en avait avant la saignée. Une assez grande quantité de liquide incolore, presque gélatiniforme, se trouve dans le crachoir. Il y a

dans le côté droit du ronflement de corde de basse, de la crépitation; du râle muqueux. Le 7, deux ou trois crachats à moitié rouges et à moitié blancs. C'est le matin que le malade tousse et crache. Dans la journée, il n'y a presque ni toux ni expectoration. Le 8, quelques crachats le matin; un seul pour la journée et pour la nuit. Le 9, une assez grande quantité de crachats, dont les uns incolores, les autres rouges. Le 10, les crachats contiennent très peu de sang. Le 14 et le 15, assez grande quantité de crachats sanguinolents. On entend encore du râle sous-crépitant. Le 16, les crachats sont généralement d'un rouge plus vif. Quelques uns même sont entièrement rouges, ce qui n'avait pas lieu depuis quelques jours. Le 18, les crachats sont un peu moins visqueux, encore sanguinolents. Le 21, les crachats sont plus visqueux, plus filants. Le 25, fièvre; dyspnée; crachats plus abondants et plus rouges; souffle bronchique dans presque tout le côté droit. Un vésicatoire est appliqué sur le côté. Le 26, la dyspnée est un peu moindre. Crachats très nombreux, dont plusieurs, aérés et visqueux, sont d'un rouge cerise clair. Le 28, les crachats contiennent une très notable quantité de sang. Les 2, 3, 4 et 5 octobre, le malade s'affaiblit. Les crachats ne contiennent de sang que le matin. Diarrhée. Tendance au refroidissement. Le 7, affaiblissement très prononcé; pâleur; palpitations. La respiration est très gênée. Râle muqueux abondant, en avant des deux côtés: la faiblesse du malade s'oppose à ce que l'on pratique l'auscultation des régions postérieures. La parole est faible, entrecoupée; de temps en temps, le malade ouvre largement la bouche, comme pour saisir l'air qu'il semble inspirer difficilement. Il succombe dans la journée.

Autopsie vingt-six heures après la mort. — Je m'abstiens de décrire l'état de l'encéphale et des viscères abdominaux qui n'offraient rien de remarquable.

Le péricarde contient trois ou quatre cuillerées de sérosité incolore. Le tissu du cœur est en général un peu pâle. Les parois, non plus que les orifices, ne présentent aucune altération.

Un petit caillot noirâtre est contenu dans chacune des cavités droites et gauches. L'aorte, depuis sa naissance jusqu'à sa portion descendante, est un peu dilatée. Au niveau de la crosse, du côté de la convexité, sont deux ou trois plaques osseuses minces, sous-jacentes à la membrane interne, qu'elles soulèvent en quelques points, et qui est un peu plus blanchâtre à leur niveau qu'à leur pourtour.

Les cartilages du larynx sont ossifiés. La muqueuse de ce conduit, ainsi que celle de la trachée-artère, est lisse et pâle. Les grosses bronches du côté gauche sont parfaitement saines, ainsi que leurs ramifications. Le poumon gauche est crépitant, d'un gris moitié noirâtre par places, ardoisé à l'extérieur. Quelques cuillerées de sérosité jaunâtre sont contenues dans la cavité de la plèvre gauche. Les vaisseaux du poumon contiennent une assez grande quantité de sang noir.

Deux litres de sérosité rougeâtre dans la plèvre droite. Latéralement et à égale distance du sommet et de la base se trouve une adhérence aplatie, large, jaunâtre à sa surface, blanche à son centre. En arrière, sont trois ou quatre adhérences semblables, mais plus minces et moins résistantes. A la base de l'organe, et principalement vers le bord circulaire qui la circonscrit, sont aussi quelques adhérences minces, faciles à rompre. La plèvre pulmonaire est, dans presque toute son étendue, couverte d'une fausse membrane mince, grisâtre. La plèvre est en général d'un gris noirâtre, criblée de points blanchâtres, dus à de petites granulations qui lui sont sous-jacentes. Certaines régions de la plèvre pulmonaire offrent une teinte légèrement rougeâtre, au lieu de la teinte grisâtre, générale. Les ramifications bronchiques droites, les inférieures surtout, sont rougeâtres à l'intérieur et contiennent du mucus rougeâtre, ainsi qu'une petite quantité de matière pulpeuse blanche. Le poumon, dans presque toute son étendue, est d'un gris rose, crépitant, doué de cohésion. Quelques portions, situées à la surface de l'organe, épaisses d'un demi-pouce environ, existant seulement au niveau des points où

la plèvre est rougeâtre, tranchent sur la coloration rose générale par une coloration grisâtre. Le tissu, à ces endroits, est, au reste, aussi sain que dans les autres points. Il semble qu'à ces endroits le sang ait quitté le poumon pour se rendre à la partie voisine de la plèvre.

A la base de l'organe se trouve une cavité de forme irrégulière, de capacité propre à loger une pomme de moyenne grosseur, à peu près située au milieu de la base du poumon, et séparée de la face inférieure par un intervalle de trois à quatre lignes. Cette cavité est entourée dans presque toute son étendue d'un tissu pulmonaire analogue au tissu grisâtre dont nous avons parlé. Toutefois la partie supérieure de la cavité n'est pas entourée par un semblable tissu, mais par une infiltration sanguine, d'un rouge brun, plus ou moins épaisse, disposée en plusieurs groupes : dans l'un, l'engorgement hémoptoïque occupe environ un pouce carré ; dans deux ou trois autres, il a le volume d'une aveline. En un point, se trouve un petit corps blanchâtre, du volume d'une amande de noisette, blanc, assez dur, résistant, adhérent au tissu qui l'entoure, non friable, mais se séparant assez facilement en petites couches. Toute la cavité, entourée comme je viens de le dire, est en outre tapissée par un kyste blanchâtre, adhérent au tissu environnant, d'un peu moins d'une ligne d'épaisseur. Plusieurs vaisseaux oblitérés traversent cette caverne. Plusieurs franges épaisses, adhérentes par une extrémité à l'un des points de la paroi, sont, dans le reste de leur étendue, libres dans la cavité. Elles sont blanchâtres, à moitié pulpeuses, à moitié plus résistantes. Une petite quantité de liquide épais et rose couvre à l'intérieur les parois de la caverne, qui sont percées de plusieurs petites ouvertures communiquant dans les bronches. Cette caverne n'est nullement fétide.

Réflexions. — Quoi de plus intéressant que la longue durée de la maladie, le caractère des crachats, les variations dans la quantité de sang qu'ils contenaient et dont les augmentations

correspondaient probablement à la formation de nouveaux noyaux hémoptoïques, qui, en effet, ainsi que le démontra l'autopsie, étaient multiples? La viscosité des crachats existait quand, par intervalles, les petites bronches venaient à s'enflammer autour des épanchements. Les différents râles qui étaient perçus du côté droit se comprennent facilement. Ils étaient dus à la présence du sang et des mucosités dans les ramifications bronchiques. Le souffle bronchique était probablement dû, dans ce cas, aux engorgements hémoptoïques qui rendaient les vésicules imperméables à l'air, plutôt qu'au retentissement de l'air dans la caverne; car il ne s'entendait pas au lieu où existait la caverne, mais au niveau des grosses bronches, au-dessus des épanchements apoplectiques.

Il est, je crois, à peu près impossible de regarder la caverne comme la suite d'une autre altération que d'un épanchement apoplectique. On ne peut guère la prendre pour une caverne tuberculeuse. Elle était située à la base d'un poumon qui ne contenait aucun tubercule. (Je ne parle pas des granulations qui existaient à la superficie de l'organe, parce que non seulement il n'était pas sûr qu'elles fussent tuberculeuses, puis ensuite parce que l'on rencontre bien souvent de semblables granulations à la surface de poumons qui, à l'intérieur, ne présentent aucun tubercule.) Il n'y avait aucun tubercule dans le reste du corps. La caverne ne contenait pas ce détritus séreux, roussâtre, granuleux, qu'une caverne tuberculeuse contient d'ordinaire. Elle n'était pas fétide, tandis qu'une caverne tuberculeuse exhale toujours une odeur nauséabonde. Elle était entourée d'épanchements apoplectiques qui avaient avec elle des connexions immédiates.

Je rappelle les franges blanchâtres suspendues dans la caverne, et qui étaient probablement les vaisseaux actuellement oblitérés qui d'abord avaient fourni le sang. Le petit noyau blanchâtre, voisin des noyaux apoplectiques, parais-

sait être le résultat de la transformation d'un caillot fibrineux. Peut-être était-il le vestige d'une de ces portions enveloppantes, jaunâtres, dont tous les points s'étaient rapprochés et appliqués les uns contre les autres. Je rappelle enfin, combien le kyste blanchâtre qui entoure la caverne a de ressemblance avec la ligne de démarcation jaunâtre dont j'ai parlé, ainsi qu'avec les parois d'une hydatide : il paraît être une transformation plus avancée que l'une, moins avancée que l'autre.

DE LA MÉLANOSE.

La mélanose a été l'objet des recherches d'un assez grand nombre de savants pour que la tâche soit facile à quiconque veut étudier son évolution et les diverses formes sous lesquelles elle se présente à l'observateur.

On sait que ces formes peuvent se réduire aux suivantes : l'agglomération en masse, l'infiltration, la disposition par couches, et l'état liquide. On sait aussi que la mélanose en masse se présente sous deux états qui diffèrent en ce que, dans l'un, elle est enveloppée d'un kyste, et, dans l'autre, libre au milieu du tissu dans lequel elle est déposée. Ces diverses formes de la matière mélanique ont été parfaitement décrites par MM. Breschet (1), Andral (2), Cruveilhier (3), Gohier (4), Cazenave (5), Trousseau et Leblanc (6),

(1) *Considérations sur une altération organique appelée dégénérescence noire.* — *Revue médicale*, t. VI.

(2) *Précis d'anatomie pathologique*, t. I.

(3) *Anatomie pathologique*, 13e, 19e, 22e, 32e et 36e livraisons.

(4) *Compte-rendu des travaux de l'École vétérinaire.* Lyon, 1811.

(5) *Dictionnaire de médecine*, t. XIX, article *Mélanose.*

(6) *Archives générales de médecine*, 1828, t. XVII.

et mon but n'est pas de retoucher des tableaux si pleins de vérité.

L'évolution de la matière mélanique, les changements successifs qui se manifestent dans sa consistance, dans son volume, dans sa coloration et dans sa texture, ainsi que sa composition chimique, offrent une plus grande importance, relativement à la considération de l'origine et du mode de développement de la mélanose, qui sont le but de mes recherches. Commençons donc par envisager ce produit morbide, sous les aspects que je viens d'indiquer.

La mélanose n'est pas toujours noire; assez fréquemment elle est brune et rougeâtre, et ces diverses colorations peuvent être observées simultanément chez le même individu : ainsi, on trouve dans un point des tumeurs rougeâtres; dans un autre, des tumeurs brunâtres; dans un autre enfin, des tumeurs dont la coloration est d'un noir de jais. Il n'est pas rare de rencontrer ces diverses colorations dans une même masse mélanique, dont une partie est rougeâtre, l'autre brunâtre, l'autre noirâtre; ordinairement alors on observe une gradation insensible entre ces différentes couleurs que l'on découvre successivement, en regardant la tumeur d'une de ses extrémités à l'autre; dans d'autres cas, c'est en examinant la tumeur de la périphérie au centre, que l'on rencontre successivement ces diverses nuances, dont ordinairement la plus noire est la plus extérieure, et la plus rouge la plus centrale.

La consistance de la matière mélanique présente des variétés, de même que sa coloration. Elle varie depuis la fluidité liquide jusqu'à la dureté du charbon; tantôt elle est molle ou grumeleuse, tantôt elle est sèche et cassante. Ces différentes variétés se rencontrent fréquemment chez le même sujet et, assez souvent aussi, dans une même tumeur mélanique, dont la densité varie alors, soit d'une extrémité à l'autre, soit de la circonférence au centre. Dans ce dernier

cas, ordinairement, la matière est d'autant moins dense qu'on l'examine à un point plus voisin de son centre.

Les variétés de volume sont aussi très nombreuses. Depuis le pointillé très fin, la petite tache de la largeur d'une tête d'épingle, la strie filiforme, jusqu'à la masse du volume d'une grosse orange ou davantage encore (1), on a trouvé toutes les variétés de volume qui se rencontrent souvent à la fois chez le même sujet. Il faut noter aussi que, lorsque les tumeurs mélaniques sont accessibles aux sens, on s'aperçoit souvent qu'elles subissent des alternatives d'augmentation et de diminution (2).

La texture est généralement simple. Elle se présente sous la forme d'une masse amorphe, dense, comme lardacée et criant sous le scalpel, d'une cassure nette, d'une surface de section unie, parfois même luisante; dans quelques cas, elle semble formée de couches concentriques. D'autres fois, moins dense, elle offre une surface de section un peu grenue, une cohésion moindre. Très souvent ces masses sont traversées par des intersections celluleuses ou cellulo-fibreuses qui donnent du soutien à la masse et forment une sorte de trame, dans les mailles de laquelle semble déposée la matière mélanique, laquelle, dans certaines tumeurs, offre l'aspect d'une parfaite homogénéité. Quelquefois la mélanose, celle des replis séreux offre particulièrement cette apparence, se présente sous la forme de grains que l'on prendrait pour des grains de cassis ou de raisin noir (3). D'autres fois c'est une couche mince, une simple coloration, une tache; c'est encore principalement la mélanose des séreuses qui offre cette disposition. Tantôt la mélanose est infiltrée dans les organes dans le tissu desquels elle semble comme déposée. Plus souvent elle est enveloppée de

(1) Trousseau et Leblanc. Mémoire cité. Observation de M. Damoiseau.

(2) Cazenave, *loc. cit.*

(3) Noack. *Commentatio veterinario medica de Melanosi cum in hominibus tum in equis obveniente.* Thèse. Leipzig, 1826, in-4 fig.

kystes ordinairement assez minces. A l'état liquide, la mélanose est infiltrée, ainsi que M. Cruveilhier l'a rencontrée dans le poumon (1), ou contenue dans de petites poches.

Les anatomo-pathologistes sont divisés sur la question de la vascularité des tumeurs mélaniques. Selon les uns, on ne trouve dans ces tumeurs aucun vaisseau ; d'autres émettent une assertion contraire. Cette divergence d'opinions peut tenir à ce que ces vaisseaux ne se rencontrent pas constamment. Pour mon compte, j'ai vu des mélanoses naître dans l'intérieur même des vaisseaux (2), et je ne sais comment on expliquerait les alternatives d'augmentation et de retrait notées par M. Cazenave dans les tumeurs mélaniques, ainsi que le suintement sanguinolent qu'elles laissent quelquefois échapper, si ces tumeurs n'étaient pas en communication avec la circulation. De plus, M. Breschet a vu (3) quelquefois la matière des injections se mêler à la matière mélanique, et les vaisseaux sanguins environnant la masse morbide semblent aussi, dans certains cas, remplis de matière noire.

La composition chimique de la mélanose est d'une grande importance. Cette matière a été analysée par plusieurs chimistes : Fourcroy, MM. Thénard, Clarion, Lassaigne (4), Barruel (5), Foy (6), Lecanu.

Ces analyses ont amené des résultats à peu près semblables ; voici l'énoncé de l'une des plus récentes (7) qui résume bien les travaux sur cette matière.

(1) *Anatomie pathologique*, 13e et 36e livraisons.
(2) Voyez *Mémoire sur la matière noire pulmonaire.*
(3) *Loc. cit.*
(4) Breschet, *loc. cit.*
(5) *Id.*
(6) Trousseau et Leblanc, *loc. cit.*
(7) Celle de M. Foy.

Albumine	15,00
Sous-phosphate de chaux	8,75
Eau.	18,75
Fibrine.	6,25
Hydrochlorate de potasse	5,00
— de soude.	3,75
Carbonate de soude.	2,50
— de chaux.	3,75
— de magnésie	1,75
Oxide de fer	1,75
Tartrate de soude.	1,75
Principe éminemment carboné. . . .	31,40
	100,00 (1)

Après cet énoncé des propriétés physiques et chimiques de la mélanose, il convient d'indiquer les changements que le temps apporte dans ces différentes propriétés. Il est presque oiseux de dire que le volume de la mélanose s'accroît avec sa durée, qu'elle se présente à son début sous l'aspect d'un pointillé, de petites taches, de stries; que ces points, ces taches, ces stries s'unissent et forment des masses plus considérables. L'indication des changements qui se manifestent dans la coloration et la consistance a plus d'importance. Les différences que j'ai signalées, relativement à ces deux propriétés, dépendent souvent de l'ancienneté du dépôt. Ainsi, généralement, la coloration rouge ou brune appartient à la mélanose récente, la coloration noire à la mélanose plus ancienne, la mollesse à la mélanose récente, la dureté à la mélanose ancienne. C'est dire que la densité de la masse mélanique augmente, et que sa coloration devient plus foncée à mesure que cette production morbide est plus ancienne. Néanmoins il est une époque, ordinairement tardive, à laquelle la masse mélanique solide se ramollit; c'est du moins l'opinion de Laënnec, qui pense même que ce ramollissement donne lieu quelquefois à des excavations.

Lorsque ce ramollissement a lieu, c'est au centre ou en diffé-

(1) Il y a dans le texte une erreur d'impression au chiffre total des fractions, mais elle est trop légère pour que l'on en tienne compte.

rents points, et non à la couche superficielle, qu'il commence, et il envahit ensuite la totalité. Je dois faire remarquer, toutefois, que les changements successifs que je viens d'indiquer dans les apparences physiques des mélanoses sont loin d'être constants. Il y a des mélanoses qui restent toujours liquides, celle, par exemple, que trouva M. Cruveilhier (1) dans un poumon. D'autres sont solides depuis leur début : la matière noire pulmonaire paraît être dans ce cas (2); on la trouve telle dans l'instant où elle devient appréciable. Enfin, on rencontre très rarement le ramollissement ultime : beaucoup de tumeurs mélaniques persistent pendant plusieurs années, sans que l'on saisisse dans un seul point de leur étendue la moindre tendance au ramollissement.

En traitant la question des changements physiques qui se manifestent successivement dans les mélanoses, on peut se demander aussi si leur composition chimique ne subit pas, dans quelques cas, des modifications dépendantes de leur durée : c'est un point vers lequel ne s'est pas encore dirigée l'attention des chimistes, mais il est probable que la proportion du carbone n'est pas toujours la même, qu'elle est moindre dans certaines tumeurs commençantes encore rougeâtres qu'elle ne l'est plus tard dans ces tumeurs devenues noires.

Les considérations sommaires qui précèdent suffisent pour établir que la mélanose est le résultat de la transformation du sang épanché dans les tissus, opinion que M. Breschet a le premier émise et que partagent maintenant la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet (3). A l'appui de cette manière de voir, je vais extraire des descriptions énoncées précédemment des preuves qui me semblent péremptoires, et auxquelles j'ajouterai un grand nombre de faits empruntés à différents auteurs.

(1) *Anatomie pathologique*, 13e livraison.
(2) Voyez *Note sur la matière noire pulmonaire.*
(3) Cazenave, *loc. cit.*

La mélanose est souvent liquide et rouge à son début, et devient ensuite noire et solide : changements qui résultent évidemment de la transformation des dépôts sanguins qui constituent l'état primitif de la mélanose. Les masses mélaniques sont souvent rougeâtres et molles à leur centre, tandis que leurs parties excentriques sont noires et consistantes, affectant ainsi une disposition très semblable à celle des caillots sanguins, dont le centre reste ordinairement plus longtemps liquide que la portion excentrique. Comment expliquer par une autre théorie ces faits rapportés par M. Cruveilhier (1) : dans l'un, une ponction exploratrice pratiquée dans une tumeur d'une nature douteuse et encore assez récente, donna issue à du sang, tandis que, plus tard, le sujet ayant succombé, on trouva la tumeur convertie en matière mélanique. Dans l'autre, des tumeurs mélaniques contenaient à leur centre du sang rougeâtre (2). Il en est de même des faits cités par MM. Trousseau et Leblanc (3), qui ont vu des masses mélaniques offrir en plusieurs points une coloration évidemment cruorique. Le ramollissement central est encore analogue à celui des caillots sanguins, dont la suppuration commence ordinairement au centre, ainsi qu'à celui des autres produits accidentels émanés du sang.

Les observations de M. Rigot ne doivent pas être omises parmi les preuves de la transformation du sang en matière mélanique ; il a trouvé sur les membranes séreuses de presque tous les chevaux mélaniques de petites ecchymoses, qu'il regarde comme le premier degré de la maladie, parce qu'il a remarqué que la couleur de ces taches variait depuis le rouge écarlate jusqu'au noir foncé. M. Andral a fait une remarque analogue sur l'homme : Dans certains cas, dit-il, les mélanoses des séreuses peuvent être prises pour de petits épanchements de sang. Dans quelques

(1) *Anatomie pathologique*, 22e livraison.
(2) *Anatomie pathologique*, 32e livraison.
3) *Loc. cit.*

points, la matière épanchée, au lieu d'être d'un noir d'encre, a une teinte rouge semblable à celle du sang; en d'autres points, cette teinte est un peu plus foncée; ailleurs, encore, elle est tout-à-fait noire; et, à mesure que cette dernière teinte se prononce, la matière épanchée se montre de plus en plus solide et consistante.

Plusieurs observations éparses dans différents ouvrages prouvent encore la réalité de cette transformation. Ainsi, la 60e observation du *Traité des maladies du cœur,* de M. Bouillaud, offre un exemple de mélanose qui n'est qu'un noyau apoplectique. Une autre observation rapportée dans le second volume du *Traité de l'auscultation médiate* de Laënnec, à l'article *Mélanose,* est regardée par M. Mériadec-Laënnec comme un exemple d'apoplexie de plusieurs organes, de foyers sanguins multiples dans lesquels il n'est resté, par suite de la résorption du sérum, que la partie fibrineuse et carbonisée du sang. Je citerai aussi l'observation due à M. Cazenave (1) d'une tumeur mélanique commençant dans le lobe droit du corps thyroïde; cette tumeur avait le volume d'un fort œuf de poule, contenait dans son intérieur une substance offrant à peu près la couleur de la gelée de groseille foncée, et laissait échapper à la coupe du sang assez vermeil. D'autres observations du même auteur et de M. Béhier (2) sont assez concluantes : des tumeurs mélaniques sous-cutanées offraient à leur début une teinte rouge qui, ensuite, devenait noire. L'un de ces cas offre un exemple de tumeurs cérébrales mélaniques formées par du sang dont la transformation s'opérait, lorsque l'on en fit l'examen. Un fait analogue au précédent est celui que l'on doit à Halliday, et dans lequel de nombreuses petites masses de matière noire étaient disposées sur le trajet des petits vaisseaux qui rampaient sur les méninges, à la base du crâne et sur les plexus choroïdes. Une observation

(1) *Loc. cit.*

(2) Article *Mélanose* du *Dictionnaire de médecine* et *Archives générales de médecine.*

de M. Cruveilhier (1) peut encore se joindre aux précédentes : chez un sujet on trouva à la fois plusieurs tumeurs mélaniques et plusieurs épanchements sanguins dans différents organes. M. Cazenave (2) rapporte un cas observé par M. Béhier, et dans lequel une couche mélanique tapissait la surface interne du péritoine, chez un sujet qui avait un épanchement de sang dans la cavité de cette séreuse. Enfin, des observations analogues ont été faites par M. Piorry (3) : il a souvent rencontré des mélanoses dans le tube digestif de sujets affectés d'ulcérations gastro-intestinales qui avaient donné lieu à des hémorrhagies abondantes.

Le siége qu'affectent ordinairement les mélanoses vient encore à l'appui de leur véritable origine. Nulle part elles ne sont plus communes que dans le poumon, organe éminemment vasculaire. Celles des séreuses sont, dit M. Andral (4), situées plutôt dans le tissu cellulaire qui double les séreuses que dans ces membranes elles-mêmes, et l'on sait que les vaisseaux des séreuses sont plutôt dans ce tissu cellulaire que dans les séreuses. On n'a jamais trouvé de mélanoses dans des organes qui ne contiennent pas de vaisseaux, et ceux qui sont peu vasculaires présentent un fort petit nombre d'exemples de cette production morbide : ainsi les tissus fibreux et cartilagineux en offrent très rarement, suivant M. Cazenave (5). En regard de ce fait, on doit rappeler le développement assez fréquent de tumeurs mélaniques cutanées (6) dans des nœvi, qui sont, comme on sait, très vasculaires et le siége ordinaire des mélanoses des os dans le tissu spongieux, qui est la partie pourvue du plus grand nombre de vaisseaux.

La composition chimique de la mélanose a jeté le plus grand

(1) *Anatomie pathologique*, 19e livraison.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Traité de médecine pratique et de Pathologie iatrique*, Paris, 1842. t. II.
(4) Notes du *Traité de l'auscultation médiate* de Laënnec.
(5) *Loc. cit.*
(6) Les observations rapportées par M. Cazenave semblent prouver cette fréquence.

jour sur sa nature. Tous les chimistes qui ont analysé cette matière ont remarqué sa grande analogie avec le sang : le tableau que j'ai rapporté ci-dessus prouve suffisamment cette similitude. On y voit que la fibrine, l'albumine, l'oxide de fer et plusieurs sels y entrent pour des proportions notables et assez en rapport avec celles de ces mêmes principes dans le sang. Mais il est un principe sur lequel nous devons arrêter un instant notre attention, c'est le principe carboné, qui est en proportion très considérable dans la mélanose, puisqu'il forme près du tiers de sa masse. Ce principe ne se rencontre qu'en petite quantité dans le sang; il faut donc admettre qu'il s'en est formé une quantité supplémentaire pour constituer la mélanose. Il est croyable que la proportion de carbone n'est pas la même dans toutes les mélanoses; que, dans celles qui sont molles et rougeâtres ou brunâtres, la proportion du carbone est faible, tandis qu'elle prédomine, au contraire, dans celles qui sont tout-à-fait noires, denses, sèches et cassantes. Quelquefois donc la quantité du carbone augmente avec le temps, puisque certaines mélanoses sont d'autant plus noires et plus consistantes qu'elles sont plus anciennes. De même, les différentes parties d'une même masse mélanique peuvent ne pas contenir une égale proportion de carbone, puisque les différentes parties d'une tumeur n'offrent pas toujours la même consistance et la même coloration.

Il est facile de prouver que la mélanose est constituée par le mélange ou la combinaison de la plupart des éléments du sang avec une quantité considérable de carbone; mais il ne l'est pas autant de trouver l'origine et le mode de formation de ce carbone. Selon M. Barruel (1), le cruor est le seul des éléments du sang dont les altérations puissent donner lieu à du carbone. M. Foy, et après lui MM. Trousseau et Leblanc (2), pensent aussi que le principe carboné est du cruor altéré. On peut donc

(1) Trousseau et Leblanc, *loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

admettre que ce carbone provient d'une altération de la partie cruorique du sang : cette théorie est très rationnelle. Toutefois le carbone peut aussi, je crois, provenir d'autres sources : ainsi, dans le poumon, par exemple, une partie de carbone paraît provenir de l'acte chimique de la respiration. Sans doute, une partie de ce carbone est retenue dans le poumon, se mêle au sang dont elle détermine la coagulation, et de son mélange à ce sang coagulé résulte la mélanose (1). Le carbone des mélanoses pulmonaires peut aussi être le produit de la combustion des corps qui servent à l'éclairage artificiel.

La mélanose se développe-t-elle primitivement dans l'intérieur des vaisseaux, ou n'est-ce qu'après que le sang est épanché hors de la cavité vasculaire que cette production se forme ? Je me suis assuré que la première disposition se rencontrait souvent lors du principe de la formation mélanique (2); et MM. Breschet, Andral, Cruveilhier ont aussi trouvé cette matière dans les vaisseaux (3). Je n'ai pas eu occasion de vérifier le second mode de formation, mais il est probable dans beaucoup de cas; en effet, la fréquente coloration rouge de la masse morbide tend à faire admettre que, dans ces cas, le sang s'est épanché primitivement dans les tissus, et qu'il s'est converti ensuite en mélanose. M. Mériadec Laënnec appuie cette opinion par le fait des caillots apoplectiques, spécialement ceux du poumon, que l'on voit assez souvent se transformer en une masse compacte et noire comme du jais. Quoi qu'il en soit, lors même que la mélanose s'est développée d'abord dans les vaisseaux, elle s'épanche ensuite dans les tissus, sans doute par suite de la rupture des parois vasculaires. Il n'est pas probable, en effet, que le kyste qui enveloppe souvent la masse mélanique soit constitué par les parois du vaisseau distendues par l'accroissement de la tumeur

(1) Voyez la *Note sur la matière pulmonaire.*
(2) *Ibidem.*
(3) Andral, *Anatomie pathologique.* — Piorry, *Pathologie iatrique*, t. II.

mélanique. Ce kyste et les cloisons que l'on remarque souvent dans l'intérieur de ces tumeurs, sont constitués par le tissu cellulaire de l'organe qui les renferme.

Une question assez importante et résolue diversement par les pathologistes qui l'ont discutée, est celle de la nature des vaisseaux qui fournissent la mélanose. J'ai vu des mélanoses fournies par des vaisseaux qui m'ont paru avoir l'organisation des veines, et d'autres observateurs en ont trouvé dans ces vaisseaux; mais on en a aussi rencontré dans les artères (1). Faut-il en conclure que les deux ordres de vaisseaux peuvent lui donner naissance?

Le développement consécutif de la mélanose s'opère par le même mécanisme que son principe, par une nouvelle quantité de sang apportée par les vaisseaux qui communiquent avec la tumeur. La masse mélanique s'accroît aussi ordinairement par la réunion de plusieurs petites tumeurs voisines.

Quant à la mélanose liquide, dont la couleur est, pour M. Cruveilhier (2), le dernier terme des variétés de coloration qui dépendent des diverses nuances de la matière colorante du sang, je suis porté à penser qu'elle ne diffère de la mélanose solide que par son mélange avec une grande quantité d'un liquide quelconque, de la sérosité dans la mélanose liquide pulmonaire rencontrée par M. Cruveilhier, des sucs et des acides gastriques dans la mélœna. Peut-être aussi le carbone y est-il en moindre proportion que dans la mélanose solide? D'ailleurs, dans la mélœna, le contact des acides de l'estomac contribue à donner au sang la coloration noire que l'on remarque dans ces circonstances.

(1) Breschet, *loc. cit.*

(2) *Anatomie pathologique*, 36e livraison.

NOTE SUR LA MATIÈRE NOIRE PULMONAIRE.

Les particularités qui vont suivre se sont par hasard présentées à mon observation pendant l'année 1836, à l'époque où je faisais mes recherches sur les tubercules. En examinant avec soin les poumons des tuberculeux, je fus frappé de la disposition de la matière noire qui, depuis lors aussi, se présenta toujours la même chez les sujets, dont les poumons sains ou malades furent soumis à mon examen. Je vais rapporter quelques unes des notes que je recueillis alors, et je crois que ce court exposé suffira pour que chacun puisse tirer les conclusions auxquelles j'ai été moi-même amené. On pourra d'ailleurs facilement vérifier mes résultats par l'inspection attentive d'un poumon d'adulte ou de vieillard.

Je choisis dans mes notes quelques unes des descriptions les plus probantes.

Dans l'une, plusieurs tubercules commençants sont avoisinés par des stries d'un bleu noirâtre, arborisées. Un grand nombre de petits tubercules sont adhérents à l'extrémité d'une petite strie filiforme d'un noir bleuâtre. Plusieurs de ces petites stries bleuâtres vont se réunir à une autre plus grosse qui en forme le tronc et dont l'extrémité opposée à celle qui reçoit les filets noirs, convergents, va aboutir à une veine du poumon. Je ne puis voir si cette sorte de tronc est un petit vaisseau, mais il en a toute la forme. Tout l'ensemble de ce petit système constitue une arborisation à l'extrémité des ramuscules de laquelle sont de petits grains tuberculeux. L'aspect est tout-à-fait semblable à celui de ces arborisations vasculaires que l'on trouve dans les foyers apoplectiques cérébraux. Je n'ai pu voir si les veines auxquelles aboutissaient les petits troncs noirâtres étaient des veines bronchiques ou pulmonaires.

Dans une autre, à l'extérieur des poumons apparaissent à travers la plèvre pulmonaire, dans presque tous les points où il

n'y a pas adhérence des deux feuillets, de petites stries noirâtres, présentant de fréquents renflements. Autour du tronc des vaisseaux et des bronches, à la racine des poumons, on trouve un assez grand nombre de grumeaux mous généralement, mais non entièrement noirs, car quelques parties de leur surface sont d'un rouge brun non pas pointillé, mais en couches minces. Il part de différents points de leur pourtour des prolongements celluleux au milieu desquels sont des veines rougeâtres, présentant en différents endroits de leur longueur de petites stries noires qui paraissent dues à une matière déposée dans l'intérieur de ces vaisseaux. A l'intérieur de l'organe se trouvent aussi une infinité de stries noires de différentes grosseurs qui sont les stries noires signalées partout sous le nom de *matière noire pulmonaire*, et qui sont évidemment formées par des vaisseaux contenant la matière noire : ces vaisseaux paraissent être des veines. Cette matière noire forme, en quelques places, un dépôt assez long et assez large pour remplir tout le calibre du vaisseau, dans une certaine longueur : on le dirait rempli d'injection colorée en noir. Plus souvent, elle existe çà et là sous la forme de petits filets noirs, libres dans l'intérieur du vaisseau. Plusieurs des grumeaux tuberculeux que l'on trouve dans les poumons, contiennent en différents points de leur épaisseur des stries noirâtres, d'un diamètre inégal et semblables aux stries vasculaires précédemment notées. Ces stries noirâtres se trouvent en quelques endroits intermédiaires aux différentes petites couches qui forment les tubercules sur la couleur blanche desquels ils tranchent. Un grand nombre de filaments noirâtres sont ramifiés et contournés en différents sens autour des tubercules; plusieurs viennent se perdre à leur surface. Si l'on veut scruter plus profondément la nature des rapports de la matière tuberculeuse avec ces petits vaisseaux, on trouve, sans en pouvoir douter, qu'arrivée près du tubercule, chaque petite veinule noire se divise en ramifications plus petites qui viennent aboutir chacune à un petit grumeau tuberculeux, et qui sont réunies entre elles

par un peu de tissu cellulaire rougeâtre, de sorte qu'une petite masse tuberculeuse est formée de petits grumeaux appendus aux extrémités des petites veinules, qui font suite elles-mêmes à un tronc moins petit, ce qui constitue de petits systèmes de grappes. Partout où l'on examine attentivement, on rencontre cette disposition. Un petit tubercule crétacé est contenu dans une aréole formée par un lacis de petits vaisseaux noirs, dont deux ou trois s'enfoncent dans son intérieur.

Dans une autre, l'extérieur du poumon est d'un gris ardoisé, coloration due à une infinité de petites arborisations noires, très fines. A l'intérieur, on trouve des tubercules entourés de petites ramifications noires, dontquelques unes sont assez nombreuses et assez repliées pour former une sorte de couche autour du tubercule : ces ramifications se continuent dans le pédicule celluleux du tubercule. Dans le tissu pulmonaire sont ramifiées un grand nombre d'arborisations noires, dont quelques unes assez grosses font saillie à la surface de section de l'organe, comme si elles étaient injectées d'une matière noire.

Dans une autre, la plèvre pulmonaire est criblée de taches noires du diamètre de une ou deux lignes, dues à la matière noire pulmonaire et qui paraissent n'occuper que l'épaisseur de la couche sous-pleurale ou s'enfoncent très peu dans le poumon. Quelques petits points noirs, principalement sous forme d'arborisations, apparaissent soit autour, soit dans l'épaisseur des masses tuberculeuses.

Dans une autre, les stries noires sont très distinctes à la surface du poumon ; placées, en général, dans les intervalles celluleux interlobulaires, mais non indistinctement au milieu de ces intervalles, longeant toujours le bord de ces espaces et touchant immédiatement les vésicules pulmonaires, elles tracent autour de chaque lobule une ligne noirâtre aréolaire. Au milieu des masses tuberculeuses, sont disséminés des points ou des stries noirs, dus au prolongement des filets noirs que l'on suit dans le tissu pulmonaire et qui s'introduisent dans l'intérieur de

ces masses. On voit dans le pédicule cellulo-vasculaire des tubercules une ou deux stries noires.

Dans une autre, les poumons sont parcourus dans toute leur épaisseur par de petites lignes sinueuses, noires, apparaissant aussi à la surface, au-dessous de la plèvre, où, en quelques endroits, la coloration noire ne se montre pas par ligne, mais par points. Une inspection attentive à la loupe démontre que ces lignes sinueuses noires forment des arborisations dont les troncs vont aboutir à des vaisseaux veineux plus volumineux et très évidents à l'œil nu. Quelques unes de ces arborisations se continuent avec d'autres très petites et rouges qui sont des vaisseaux sanguins évidents.

Dans une autre, les poumons sont sillonnés dans tous les sens par des vaisseaux évidents, sur la nature veineuse desquels il ne peut y avoir aucun doute. Ces vaisseaux sont remplis de matière noirâtre, concrète, ce qui les rend durs, raides, saillants à la surface de section du poumon.

Ces esquisses partielles suffisent pour faire comprendre la description générale que je vais donner de la matière noire pulmonaire. Cette partie sera courte, parce qu'il serait oiseux de répéter ce que l'on trouve dans tous les traités d'anatomie : cependant quelques mots sont nécessaires pour servir de base aux conclusions qui vont suivre, ainsi que pour compléter la description de la matière pulmonaire elle-même, qui, sous certains rapports, laisse encore quelque chose à désirer.

La matière noire pulmonaire paraît à la surface extérieure du poumon sous la forme de points, de stries, de lignes, de plaques superficielles, immédiatement sous-jacentes à la séreuse. Le pointillé est le premier degré de ce dépôt ; puis les points deviennent de plus en plus nombreux, se réunissent, forment des stries, des lignes. Jusqu'alors, la matière noire est disposée dans les espaces interlobulaires qui ont la forme de losanges, ce qui fait que les lignes qu'elle constitue circonscrivent des aréoles de même forme. La quantité de cette matière augmente.

Bientôt ces lignes deviennent plus nombreuses, se rapprochent, se confondent, pour ainsi dire, et il en résulte des taches. Comme les lignes qui les forment, ces taches s'enfoncent très peu dans le poumon. Elles ne sont plus bornées aux espaces interlobulaires ; elles s'avancent un peu entre les plèvres et les lobules eux-mêmes.

A l'intérieur de l'organe, on retrouve encore le pointillé, les stries, les lignes que nous venons de décrire à la superficie. C'est encore dans le tissu cellulaire interlobulaire qu'on les trouve principalement. Les stries noires sont généralement d'autant plus grosses que l'on approche davantage de la racine du poumon. Plusieurs petites aboutissent à une grosse qui, elle-même, se réunit à d'autres de volume semblable pour en former de plus grosses encore. Il est très facile de voir que la plupart se continuent avec de véritables vaisseaux remplis d'une matière noire concrète, absolument pareille à celle qui constitue les petites lignes. Ces vaisseaux, tout-à-fait semblables à ce que les rendrait l'injection d'une matière noire solidifiée, sont assez durs, un peu cassants, légèrement saillants à la surface de section des poumons, saillie due à la rétraction élastique des portions pulmonaires qui les contiennent. Plusieurs vaisseaux aussi évidents que les précédents ne sont pas entièrement remplis par la matière noire pulmonaire. Il en est, en effet, un grand nombre dans l'intérieur desquels cette matière est disposée par points et par lignes qui ne remplissent pas à beaucoup près tout le calibre de la cavité.

Lorsque des produits morbides existent dans le poumon, les petites lignes contournées en différents sens, parfaitement distinctes du tissu pulmonaire dont on les isole très facilement, s'introduisent, en plus ou moins grand nombre, dans ces produits morbides, et s'y perdent ou en sortent par un point autre que celui par lequel elles sont entrées. Quelquefois les stries sont si nombreuses dans l'intérieur des produits anormaux que la matière y paraît comme infiltrée. C'est cette disposition qui

détermine l'aspect pointillé, noirâtre, offert par les surfaces de section des produits morbides (1); dans certains cas, la matière est si abondante dans les tissus anormaux, qu'elle y produit une sorte de coloration noire, uniforme, dans laquelle il est impossible de reconnaître les lignes sous la forme desquelles elle se montrait primitivement.

Dans les ganglions bronchiques, la disposition est à peu près la même que dans le poumon. D'abord on y remarque un pointillé; puis une dissémination plus uniforme et souvent disposée par couches, puis une sorte d'infiltration générale qui permet à peine de distinguer le tissu normal. Quelquefois, la matière noire se présente sous forme de masses agglomérées, amorphes. Lorsque des produits morbides existent dans les ganglions bronchiques, la matière noire se comporte avec eux comme elle le fait à l'égard de ces produits déposés dans le poumon.

Cet énoncé de la disposition qu'affecte la matière noire pulmonaire suffira, je crois, pour appuyer les considérations qui vont suivre.

Il serait difficile, au premier abord, de savoir dans quel tissu est déposée la matière noire pulmonaire, lorsqu'elle se montre encore seulement par un pointillé. Mais, comme on voit les points, devenus de plus en plus nombreux, se rapprocher, se réunir, et former enfin par leur juxtaposition des lignes continues, il est impossible de douter que la matière qui forme ce pointillé ne soit déposée dans le même tissu que celle qui forme les lignes et les stries. Le siége de cette dernière est, je crois, facile à démontrer. Partout, les linéaments sont arrondis, bien limités; partout, ils sont placés aux endroits qu'occupent les vaisseaux, c'est-à-dire principalement dans les intervalles interlobulaires. Ils sont, comme des vaisseaux, arborisés, se continuant les uns avec les autres, et d'autant plus gros qu'ils sont plus près de la racine de l'organe. Un grand nombre tout-à-fait

(1) Voyez *Mémoires sur les tubercules*, annexé à ce travail.

distincts et séparés du tissu conservent, malgré ce manque de soutien, leur cohésion et toutes les dispositions qu'ils offrent lorsqu'ils sont dans les mailles de ce tissu. Ils sont contournés comme des vaisseaux. Un grand nombre d'entre eux aboutissent à des vaisseaux évidents. Enfin, plusieurs sont contenus dans des vaisseaux d'un diamètre assez considérable pour que l'on puisse reconnaître leur nature : on distingue sans difficulté le contenant et le contenu, et l'on peut s'assurer que la matière noire remplit en totalité ou en partie la cavité vasculaire.

S'il est facile d'établir que la matière noire se dépose primitivement dans des vaisseaux, il n'est pas aussi facile de déterminer de quel ordre sont ces vaisseaux. Sont-ce des lymphatiques? sont-ce des vaisseaux sanguins?

L'opinion de plusieurs auteurs, et en particulier celle de Bichat, qui regardait la matière en question comme constituée par des corpuscules lymphatiques agglomérés, tendrait à établir que le dépôt se fait dans les vaisseaux lymphatiques. La prédilection marquée de cette matière pour les ganglions lymphatiques, le réseau superficiel que forment les stries noires à la surface du poumon, sous la plèvre, réseau qui représente parfaitement le réseau que forment les vaisseaux lymphatiques superficiels du poumon, la quantité énorme de matière noire qui existe quelquefois, sans que la circulation pulmonaire et les fonctions respiratoires paraissent troublées, sont des conditions qui pourraient servir à appuyer l'opinion précédente. Néanmoins, par des raisons que je vais indiquer, je pense que le dépôt se fait primitivement dans les vaisseaux sanguins.

Les vaisseaux sanguins, comme les vaisseaux lymphatiques, forment aussi un réseau aréolaire dont les branches sont situées dans les espaces interlobulaires; mais, dans ces espaces, ils sont, en général, plus rapprochés de la surface extérieure des lobules que les lymphatiques, et nous avons vu, dans une des notes précédentes, que les lignes noirâtres étaient, dans un cas où le rapport fut soigneusement examiné, tout-à-fait appliquées sur la

surface extérieure des lobules. Les ganglions lymphatiques, qui sont très souvent criblés de matière noire, contiennent, outre les vaisseaux lymphatiques, une assez notable quantité de vaisseaux sanguins. Les vaisseaux sanguins sont si nombreux dans le poumon, que beaucoup des plus petits, et même quelques uns assez volumineux, peuvent être obstrués complétement, sans que la circulation et les fonctions respiratoires soient modifiées d'une manière apparente; nous avons vu, d'ailleurs, que, parmi les vaisseaux qui contiennent la matière noire pulmonaire, beaucoup des plus gros ne sont que très imparfaitement remplis par le dépôt. Beaucoup de vaisseaux contenant la matière dont nous nous occupons, et situés dans l'intérieur de l'organe, ont un volume et des caractères qui ne permettent pas de les prendre pour des vaisseaux lymphatiques. Plusieurs arborisations noires viennent aboutir à des vaisseaux sanguins évidents. Enfin, plusieurs vaisseaux dont le calibre n'est qu'imparfaitement obstrué par la matière noire pulmonaire, contiennent à la fois, avec cette matière, du sang parfaitement reconnaissable, ainsi que la cavité des vaisseaux. Telles sont les raisons principales sur lesquelles je fonde mon opinion.

Il n'y a pas lieu de s'étonner que le dépôt de la matière noire puisse se faire ainsi dans des vaisseaux, dont il ne remplit pas entièrement la cavité, sans qu'il soit entraîné par le torrent circulatoire: nous voyons journellement des caillots se former dans un des points du système vasculaire, ne remplir qu'incomplétement la cavité dans laquelle ils se déposent, qui reste ainsi perméable au sang, et ne pas être entraînés par ce fluide, dont la circulation continue. Entre autres exemples d'un fait pareil, je rappellerai les observations insérées dans les *Archives générales de médecine* ((1), sur la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire.

Les dépôts de matière pulmonaire ne remplissant pas com-

(1) C. Baron, *De la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire.* — *Archives de médecine.* 1838.

plétement les vaisseaux, se font-ils dans les vaisseaux mêmes dans lesquels on les rencontre, ou se sont-ils concrétés dans des vaisseaux de plus petit diamètre, et ont-ils été apportés consécutivement dans les vaisseaux de plus grand calibre? C'est ce que je ne saurais dire. Toutefois il est une circonstance de détail dont il faut tenir compte: c'est que, en beaucoup d'endroits, la matière pulmonaire, quoique contenue dans la cavité des vaisseaux d'un assez grand diamètre, y présente l'aspect de stries filiformes tout-à-fait semblables à celles qu'elle offre lorsqu'elle est encore contenue dans des vaisseaux plus déliés. Cela pourrait faire croire que la concrétion s'est faite dans les petits vaisseaux, et qu'elle a ensuite été transportée dans des vaisseaux plus considérables lorsque déjà sa dureté était trop grande pour que sa forme pût être altérée.

La matière noire pulmonaire se déposant donc primitivement dans les vaisseaux sanguins, dans quel ordre de vaisseaux se fait ce dépôt?

L'anatomie a démontré que les réseaux vasculaires sanguins qui constituent le lacis aréolaire de la surface du poumon étaient dus, en grande partie, aux vaisseaux bronchiques. C'est là déjà une présomption favorable pour placer dans les vaisseaux bronchiques la matière noire qui commence à se déposer à la surface de l'organe. Une autre présomption, c'est le dépôt fréquent de cette même matière dans les ganglions bronchiques dans lesquels se distribuent les vaisseaux bronchiques, et non les vaisseaux pulmonaires. Il est vrai que plusieurs sortes de vaisseaux pourraient contenir la matière noire. Ainsi les vaisseaux pulmonaires dans le poumon, les vaisseaux bronchiques dans les ganglions: aussi n'ai-je indiqué le siége ganglionnaire que comme une présomption et non comme une preuve certaine. Néanmoins, dans des cas où j'ai trouvé des vaisseaux assez nombreux et assez volumineux remplis de matière noire, les artères pulmonaires, suivies assez loin, étaient complétement vides, ce qui n'aurait sans doute pas eu lieu si un ob-

stacle aussi considérable que celui que j'indique avait existé à la circulation dans les extrémités de ces artères ou dans les veines pulmonaires. Enfin, si le dépôt se faisait dans un grand nombre de vaisseaux dits pulmonaires (et souvent il se fait dans un bien grand nombre de vaisseaux), il est croyable que la respiration et la circulation pulmonaire en recevraient quelque trouble (1), et cependant aucun symptôme n'indique un trouble de cette espèce. La nutrition seule du poumon peut en recevoir quelque échec, et je suis porté à croire que c'est là une des causes de la diminution de l'énergie respiratoire dans l'âge mûr et la vieillesse, âges dans lesquels, on le sait, la quantité de la matière noire pulmonaire est à son maximum.

Par les raisons que je viens d'énumérer, je crois que le dépôt de la matière noire se fait dans les vaisseaux bronchiques.

S'opère-t-il dans les artères, ou dans les veines, ou dans les deux ordres de vaisseaux? La force d'impulsion, plus grande dans les artères, semble indiquer que le dépôt se fait dans les veines. Le commencement du dépôt dans les vaisseaux les plus déliés, et son dépôt consécutif dans les vaisseaux d'un plus grand diamètre, sont encore des raisons de croire que ce dépôt se fait dans les veines; d'ailleurs, partout dans mes notes, j'avais indiqué que ces vaisseaux présentent l'aspect des veines et non celui des artères : ainsi, probablement, la matière noire se dépose d'abord dans les veines bronchiques les plus déliées, puis ensuite dans celles d'un plus grand diamètre; d'abord, elle ne remplit celle-ci qu'incomplétement, ensuite elle les obstrue entièrement. Puis, par la réplétion d'un grand nombre de vaisseaux très rapprochés, ou peut-être par la rupture de plusieurs vaisseaux produite par la trop grande plénitude, la matière en question forme des plaques, des masses plus ou moins volumineuses.

L'indication précise du siége de la matière noire pulmonaire

(1) Voyez *Mémoire sur la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire*, déjà cité.

peut éclairer la question de sa composition et de sa nature; les analyses de Fourcroy, de MM. Thénard, Foy et Lecanu, ont démontré qu'une proportion très grande de carbone contribue à la formation de cette matière; les circonstances qui favorisent son développement, ses caractères extérieurs semblent aussi l'indiquer; d'autre part, MM. Clarion, Barruel, Lassaigne, Foy, ont trouvé dans cette matière la plupart des éléments du sang, et, en particulier, l'albumine, la fibrine, l'oxide de fer, une matière colorante analogue à celle du sang. Ces deux résultats ne me semblent pas devoir s'exclure, ainsi que quelques médecins paraissent le croire; je pense, au contraire, qu'ils peuvent parfaitement s'accorder. D'après le siége primitif de la matière noire, on peut penser que cette matière est formée par du sang coagulé. Une des notes précédentes semble l'indiquer, celle dans laquelle il est dit que *des grumeaux trouvés à la racine des poumons ne sont pas entièrement noirs; que la coloration la plus foncée existe surtout au centre, et qu'au contraire la circonférence est brune.* N'est-ce pas là une transformation successive? A ce sang coagulé se joint du carbone, et, peut-être, est-ce cette addition de carbone au sang qui produit sa coagulation, soit par une réaction chimique, soit en diminuant physiquement sa fluidité, soit en opposant un obstacle mécanique à sa progression. Ce carbone provient de l'acte chimique qui constitue l'hématose, et peut-être aussi de la combustion des corps qui servent à l'éclairage artificiel, ce dernier étant apporté au poumon par l'air inspiré. De ces causes puissantes de carbonisation particulières au poumon, il résulte, sans doute, que la mélanose de ce viscère contient une plus grande proportion de carbone que celle des autres organes; c'est là probablement ce qui explique pourquoi la première est ordinairement plus noire et plus cassante que les autres.

DU

DÉLIRE AIGU

OBSERVÉ

DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS,

PAR

M. LE DOCTEUR BRIERRE DE BOISMONT.

Il existe un genre de délire que les anciens ont appelé frénésie (*phrenitis*), les modernes délire aigu fébrile (délire aigu, maniaque, frénétique), qui, bien connu des médecins d'aliénés, n'a cependant été l'objet d'aucun travail spécial (1). Considérée, dès la plus haute antiquité, comme une lésion du cerveau et de ses enveloppes, la frénésie est encore rangée aujourd'hui, par la plupart des auteurs, dans la méningite, l'encéphalite ou la méningo-céphalite (2). Faisons toutefois remarquer qu'Hippocrate, dans son *Livre des épidémies*, paraît rapporter ce trouble de l'intelligence au causus, qui, d'après les savantes recherches de M. Littré (3), ne serait lui-même que la fièvre rémittente continue des pays chauds. Quoi qu'il en soit de cette origine sur laquelle nous reviendrons plus tard, les

(1) Nous connaissons les bons travaux de MM. Lélut, Falret, Ferrus, Calmeil, sur le délire aigu, mais nous croyons le nôtre plus complet; on verra d'ailleurs en quoi consiste la différence.

(2) Délire. — *Compendium de médecine pratique*, par MM. Laberge, Monneret et Fleury.

(3) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Paris, 1840, t. II, p. 530.

descriptions que l'on a faites de ce grand désordre de la raison nous ont paru présenter des différences assez tranchées avec les faits que nous avons recueillis, et ceux qui ont été recueillis par d'autres, pour que nous croyions faire une chose utile en vous soumettant le résultat de nos recherches.

PREMIÈRE PARTIE.

OBSERVATION.

I. *Délire aigu simple à la suite d'attaques épileptiformes. Guérison.*

M. C., âgé de quarante ans, est un homme grand, fort, d'une excellente constitution ; sa famille n'a jamais eu d'aliénés, mais ses parents ont l'esprit faible, et lui-même est d'une intelligence médiocre. Depuis un mois, les personnes qui l'entouraient s'apercevaient qu'il n'avait plus la même activité; il était assoupi ; souvent il lui arrivait dans la journée de s'endormir; il travaillait faiblement; de temps en temps il se plaignait de mal de tête.

Il y a trois jours, sans cause connue, il fut pris d'un violent accès d'épilepsie, à la suite duquel se montrèrent des symptômes de congestion. Le lendemain, il eut un second accès, et presqu'aussitôt le délire éclata : le malade se croyait perdu; il gémissait, tenait des discours sans suite; par moments il était extrêmement agité; il répétait qu'il sentait qu'il allait succomber; une fois même il dit que si cela devait durer, il aimerait mieux mourir. Comme son agitation augmentait à chaque instant, il fut conduit dans mon établissement quatre jours après l'invasion de son mal.

Lorsque je l'examinai, je le trouvai dans un état complet de délire; il croyait connaître toutes les personnes qui étaient autour de lui, quoiqu'il ne les eût jamais vues auparavant. A chaque instant il poussait des cris aigus; on fut obligé de le

changer de chambre. Pendant toute la nuit, il ne cessa de hurler, d'appeler au secours, à la garde. La face était vultueuse, le pouls accéléré, fréquent (110 pulsations), assez plein, la peau chaude, les yeux injectés.

M. C. avait été fortement saignée chez lui; son médecin lui avait également fait mettre deux fois les sangsues à l'anus et au cou, et prescrit plusieurs purgatifs énergiques.

Le lendemain, M. C. fut conduit au bain, où il resta dix heures, soumis, pendant cette période de temps, aux irrigations d'eau froide. Ce moyen fut employé trois jours de suite; dès le second bain, le malade se sentit beaucoup mieux ; la raison lui était presque complétement revenue. Pour soutenir cette amélioration, il fut mis à l'usage de l'eau de Sedlitz, dont il prit quatre bouteilles à deux jours de distance chaque.

Le caractère de M. C. était resté irritable; il sentait lui-même qu'il n'était point dans son état normal. Je lui passai un séton derrière le cou. Huit jours après l'emploi de ce moyen, M. C. était tout-à-fait bien; il nous quitta n'éprouvant aucune douleur. Je l'ai revu depuis, il est toujours très bien, et n'a pas éprouvé le plus léger symptôme cérébral.

Chez le malade dont on vient de lire l'observation, les symptômes précurseurs annoncèrent un travail de congestion vers l'encéphale; à cet état succéda le délire aigu, qui ne pouvait être ici rattaché à aucune cause morale. Fut-il la conséquence de la congestion? cela est probable; mais on ne peut dire que cela doive être naturellement, car on voit maintes et maintes fois survenir des congestions cérébrales très intenses, sans qu'il se manifeste de délire. La maladie eut une marche fort simple, comme dans les cas de l'espèce, et la guérison fut rapide.

II. *Affection rhumatismale; déplacement de la douleur; délire aigu; traitement; guérison.*

M., âgé de quarante ans, fort, bien constitué, fut atteint, il y a huit ans, d'un délire général qui dura trois semaines. Pendant cette période de temps le malade fut agité, turbulent; plusieurs fois on fut obligé de l'attacher. Le désordre des idées avait commencé par un mouvement fébrile intense qui nécessita plusieurs saignées. Peu à peu le calme se rétablit, et le malade reprit ses habitudes.

Huit années se passèrent sans que son intelligence donnât le plus léger signe de trouble; il dirigeait lui-même de grands travaux d'industrie, et conduisait un personnel immense.

Il y a six semaines, sans cause connue, disent les parents, mais, selon toutes les probabilités, après quelques contrariétés, on s'aperçut que ses idées n'étaient plus aussi lucides. M., qui depuis plusieurs années était sujet à des rhumatismes, avait senti les douleurs s'aggraver, et se fixer d'une manière plus spéciale à la tête. Ce fut après la manifestation de ce symptôme que le délire éclata fortement. Rien ne pouvait fixer son attention; ses idées étaient incohérentes, sans rapport avec les objets extérieurs; il criait, gesticulait, voulait sortir, se précipiter par la croisée; plusieurs hommes étaient employés à le retenir.

Le pouls était accéléré (120 pulsations), plein, fort, la peau chaude, la face et les yeux injectés, le sommeil complétement nul, la constipation opiniâtre. Pendant les huit jours qu'il resta chez lui, cet état fut combattu par des saignées, des émissions sanguines et des bains. Le malade prenait assez facilement les boissons qu'on lui présentait; d'autres fois il les refusait. Son exaltation et son délire ne se calmant point, il fut amené à Paris, et placé dans une maison de santé. On vint me prier de lui donner mes soins.

A son entrée, il présentait les symptômes suivants: yeux hagards, tantôt fixes, tantôt très mobiles; pupilles légèrement dilatées; pouls encore accéléré, mais plus mou; réponses incohérentes; agitation extrême. Une application de sangsues (20) eut lieu sur les parties latérales du cou; il fut ensuite conduit au bain. Pendant plusieurs jours, l'agitation et le désordre des idées continuèrent; on eut recours à de fréquentes purgations qui alternaient avec des bains. Peu à peu les symptômes diminuèrent d'intensité; M. n'avait plus de fièvre, mais les idées étaient disparates, sans liaison; il se mettait en colère à la plus légère contrariété.

Deux vésicatoires furent placés dans l'endroit qui était le siége habituel du rhumatisme. Cette médication acheva la guérison, et M., complétement rendu à lui-même, est retourné dans son pays.

M. n'avait jamais eu d'aliénés dans sa famille; il était sujet depuis longtemps à des rhumatismes, et l'on sait que cette affection, en disparaissant ou en se déplaçant, peut donner lieu aux maladies les plus graves; la péricardite, la goutte remontée dans l'estomac, en sont des preuves suffisantes. Le rhumatisme, en se portant à la tête, détermina dans ce cas le délire aigu. L'indication qui se présentait était de combattre les symptômes inflammatoires, et plus tard de déplacer le rhumatisme. Ces indications furent remplies, et le succès vint récompenser le médecin de ses efforts.

Ces délires aigus symptomatiques de la lésion d'un autre organe sont assez communs dans la pratique. Plusieurs fois nous les avons observés à la suite de maladies du foie.

La présence de la bile dans l'estomac ou les intestins a suffi pour déterminer le délire aigu. Nous nous rappelons avoir vu, il y a quelques années, dans une maison de santé de Paris, un malade fort agité, dont le délire était très intense. Il tenait les propos les plus décousus, allant sans cesse d'une place à l'autre; sa peau était chaude et âcre, son pouls très fréquent; il ne

voulait rien boire. De jour en jour sa situation s'aggravait; le traitement antiphlogistique n'avait été d'aucun secours; on parvint à lui faire prendre un vomitif : il rendit par la bouche cinq ou six cuillerées d'une bile verte, *porracée*, épaisse. A peine cette évacuation fut-elle survenue que les symptômes s'amendèrent, et quelques jours après, le délire avait complétement cessé.

Je ne puis à ce sujet passer sous silence l'observation d'un enfant de six ans pour lequel j'avais été appelé en toute hâte au milieu de la nuit : je le trouvai haletant, en proie à des mouvements convulsifs qui lui faisaient exécuter à chaque instant une sorte de déglutition. Le pharynx s'élevait et s'abaissait avec une rapidité effrayante; l'enfant disait qu'il sentait quelque chose qui l'étouffait. L'examen de la bouche et de la gorge n'ayant montré aucune altération, je prescrivis des antispasmodiques. L'angoisse de l'enfant parut un peu calmée, mais elle ne tarda pas à se montrer de nouveau; les purgatifs n'eurent pas un résultat plus avantageux. Les convulsions existaient depuis dix heures, lorsque j'eus l'idée, d'après les nouvelles réponses de l'enfant, qui me disait qu'il sentait quelque chose lui monter à la gorge, de lui faire prendre de l'ipécacuanha; dès qu'il eut avalé quelques cuillerées de la potion, il vomit une cuillerée de bile *porracée*, à l'instant même tous les accidents cessèrent.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur les cas de délire simple; nous croyons devoir surtout appeler l'attention sur le délire hydrophobique et sur ses principales complications.

III. *Délire aigu; refus des boissons; mort; autopsie.*

Le nommé P., âgé de dix-neuf ans, né à Paris, y demeurant, célibataire, peintre en harpes, entra, le 16 mai 1834, à Charenton.

Douze ou quinze jours avant l'explosion du délire, le malade avait été exposé à l'ardeur du soleil la tête nue; peut-être faut-il attribuer à cette circonstance l'exaltation et même le léger

désordre d'idées qu'il présenta durant cette période de temps, sans qu'il cessât de se livrer à ses occupations habituelles.

Quoi qu'il en soit, ce jeune homme, qui n'a point de parents aliénés, fut pris, le 11 mai, vers trois ou quatre heures du matin, de délire avec légers mouvements convulsifs; cet accident ne l'empêcha pas de sortir avec ses amis. Le 12, le délire se montre plus intense; le malade parle avec une grande volubilité, fait des grimaces, etc.; la tête est brûlante. On la couvre de compresses froides; pédiluves sinapisés. Le 13, il parle beaucoup moins, les mouvements convulsifs sont plus violents, il n'y a point de selle. M. P. répond par signes. (20 sangsues aux oreilles, applications froides, lavements purgatifs.) Le soir, les convulsions augmentent. (Potion calmante, sinapismes aux pieds.) Le 14, même état. (10 sangsues aux tempes.) Les mouvements convulsifs deviennent encore plus violents. (Deux lavements d'aloès, sinapismes.)

De nouveaux renseignements apprennent que M. P. était d'un caractère mélancolique; depuis quelque temps il s'occupait beaucoup de politique, et toutes ses idées se tournaient vers la république. Ce jeune homme est d'une taille moyenne, d'une constitution très grêle.

A son entrée, il offre les symptômes suivants : la figure est pâle, la faiblesse grande; malgré cet état, il est extrêmement agité, on est obligé de le tenir attaché sur son lit; il ne répond à aucune question; le pouls est très fréquent, la peau chaude et couverte de sueur, les yeux brillants. Dès le second jour de l'admission, on a été dans la nécessité d'avoir recours à la sonde, par le refus opiniâtre du malade d'ouvrir la bouche, et pendant les quatre jours qui ont précédé la mort on a constamment injecté des bouillons matin et soir. Le lait était aussitôt rejeté.

La respiration était très gênée, *l'expectoration comme purulente;* la maigreur déjà très grande. Le ventre présentait une grande dépression; en y appliquant la main, on sentait les battements extrêmement forts de l'aorte; ceux des carotides

et de toutes les artères superficielles étaient aussi très développés et brusques, comme si le cœur se fût contracté convulsivement. L'épigastre n'était point douloureux; la langue n'offrait point de coloration rouge. Il existait de la constipation.

Le malade mourut le 21, à trois heures, cinquième jour de son entrée.

Autopsie dix-huit heures après la mort. — La rigidité cadavérique a cessé; maigreur générale très grande.

Crâne. Les os ont une épaisseur médiocre, et adhèrent dans quelques points à la dure-mère; l'incision de cette membrane ne laisse écouler que fort peu de sérosité; il y en a un peu plus à la base. L'arachnoïde est blanche et opaque, un peu épaissie dans quelques points, surtout à la base; mais cette altération n'est que très faiblement prononcée. La pie-mère est injectée; ses vaisseaux sont remplis de sang; elle est à peine plus épaisse que dans l'état normal. On ne remarque point d'adhérences. — La substance grise n'est pas rosée, excepté dans quelques points; sa coloration n'est cependant point naturelle, elle a souvent une teinte comme ardoisée, mais peu foncée. La substance blanche offre beaucoup de vaisseaux sanguins; sa consistance est, en général, faible; il y a 30 gram. environ de sérosité dans chaque ventricule — point de granulations. — Le cervelet et la moelle ne sont point injectés.

Thorax. — Les poumons et le cœur sont sains.

Abdomen. — L'estomac est distendu par du bouillon et de la bile. Au premier abord la muqueuse paraît saine; elle est sans coloration anormale; dans tout le grand cul-de-sac et à la partie moyenne on voit du mucus qu'on enlève facilement avec le doigt. Au-dessous existe une membrane blanche qu'on prend pour la muqueuse, quoique sa coloration et sa densité paraissent assez singulières; mais en l'examinant avec soin on s'aperçoit que c'est la membrane musculeuse mise à nu dans presque toute son étendue. La couche si légère et si peu dense de mucus trouvée à la surface était le reste de la muqueuse détruite et

ramollie à un degré peu ordinaire. — Ce ramollissement n'est point général; vers le pylore on rencontre la muqueuse; elle y est même épaisse; on peut l'enlever par lambeaux; elle va en s'amincissant graduellement jusqu'au ramollissement.

L'intestin grêle et le gros intestin sont sains dans une grande étendue: seulement, vers la fin du premier, dans la longueur de 30 centim. environ, l'intestin est transparent et tellement mince qu'il n'a pas plus de deux fois l'épaisseur du péritoine. L'intestin grêle présente en outre deux invaginations. La vessie est revenue sur elle-même très petite et épaisse(1).

Le changement de caractère précède encore ici l'aliénation mentale; puis, sous l'influence d'une cause occasionnelle, la maladie éclate. Dès le début on observe le refus des aliments et des boissons, qui persiste jusqu'à la fin de la vie, et nécessite l'emploi de la sonde. La mort ne saurait dans ce cas être attribuée à l'abstinence; car un délirant ne meurt point pour avoir passé cinq jours sans nourriture, et d'ailleurs le malade avait pris du bouillon matin et soir. Il est à remarquer que le lait fut toujours rejeté, tandis que le liquide gras fut conservé. Doit-on regarder les adhérences partielles de la dure-mère aux os, l'injection de la pie-mère et la coloration ardoisée de la substance grise comme des traces d'inflammation? C'est ce que nous ne pouvons admettre. Des symptômes aussi graves que ceux qui ont été observés pendant la vie ne s'expliquent point par les lésions trouvées après la mort; car elles n'ont rien de spécial, et sont d'ailleurs semblables à celles qu'on observe après un grand nombre de maladies qui n'ont point d'analogie avec celle-ci. N'oublions pas que le cervelet et la moelle épinière étaient à l'état normal.

Il existait chez ce malade une altération notable des voies digestives; une portion considérable de la muqueuse stomacale était ramollie et détruite. Peut-on admettre que ce désordre de

(1) Observation recueillie par M. Baillarger.

la muqueuse fût la cause du refus d'aliments et de boissons? Cette supposition paraît d'abord vraisemblable, et nous pourrions citer deux autres cas de refus obstiné des boissons avec délire aigu, dans lesquels à l'autopsie on trouva une inflammation étendue des voies digestives. D'un autre côté, les faits d'individus qui mangent avec un état inflammatoire de l'estomac, un ramollissement et un cancer de cet organe, sont si nombreux qu'on ne peut regarder cette opinion comme vraie. Il y a d'ailleurs ici une objection à faire. Le ramollissement est-il inflammatoire ou simplement cadavérique? En supposant même qu'il fût inflammatoire, n'est-il pas plutôt effet que cause? Mais la meilleure réponse à faire à cette objection est celle-ci: dans beaucoup d'autres cas analogues on n'a trouvé aucune lésion des voies digestives; de sorte que si l'inflammation de la muqueuse peut expliquer dans quelques circonstances le refus des boissons et des aliments, dans un plus grand nombre de faits elle ne saurait être invoquée comme cause. — Il y eut chez ce malade un symptôme que nous avons noté plusieurs fois, l'expectoration purulente. L'examen attentif des voies pulmonaires et digestives ne put fournir aucun indice sur la cause de cette sécrétion. Nous ajouterons que toutes les fois que nous l'avons constaté, la mort a constamment eu lieu.

IV. *Monomanie triste* (lypémanie) *avec tendance au suicide; délire aigu hydrophobique; mort; autopsie.*

Le 4 février 1839, on conduisit dans mon établissement madame B..., âgée de soixante-six ans. Cette dame était grande, blonde, d'un tempérament lymphatico-sanguin et douée d'un embonpoint marqué. Sa santé, me dit-on, avait toujours été jusqu'alors bonne, lorsque il y a six semaines environ, sans cause connue, elle devint triste, morose, se tourmentant de tout; elle ne se croyait pas vêtue, ne savait où aller, se refusait par moment à prendre de la nourriture et marchait toute la journée.

On chercha à s'expliquer cet état par quelque motif plausible; la seule raison qu'on allégua fut le regret d'avoir quitté le pays où elle avait passé sa vie entière; encore affirmait-elle que cela ne lui avait rien fait. — Lorsque je vis cette dame, je la trouvai incertaine, irrésolue, elle ne savait que faire, ni comment se diriger et se soutenir. Ses mains erraient sans cesse; elle paraissait toujours chercher autour d'elle. L'interrogeait-on, elle répondait sans suite; sa figure était triste; elle levait continuellement les yeux au ciel. Un sentiment de crainte la dominait.

La nuit fut assez bonne; le soir, elle consentit à prendre des aliments. Le 5 au matin, elle était silencieuse; une seule fois elle répondit, aux questions réitérées qu'on lui adressait, qu'elle voulait se laisser mourir de faim. Depuis deux jours, elle avait refusé à différentes reprises la nourriture qu'on lui présentait. De sa bouche s'exhalait une odeur fétide gastrique qu'on sent chez les individus qui sont soumis à une diète rigoureuse. Le pouls était plein, sans fréquence; la constipation remontait à cinq jours. (10 centigrammes d'émétique et 30 grammes de sulfate de soude.)

Pendant la journée du 5, la malade se promena une grande partie du temps; elle avait l'air craintif, effrayé. Les renseignements m'avaient appris que c'était une femme faible et sans caractère. Le soir on eut beaucoup de peine à la faire monter dans sa chambre; elle se débattit tellement pour se coucher, qu'on fut obligé de l'attacher. Le lendemain, je prescrivis 10 centigr. d'émétique en lavage, qui ne donnèrent pas plus d'évacuations que les premiers.

Le refus des boissons devint très prononcé; on était obligé de la faire boire au biberon; elle répétait à chaque instant : *Mon Dieu*, *perdue*, *perdue !* Lorsqu'on s'approchait d'elle, ses yeux devenaient effarés; elle montrait cependant la langue, mais après des demandes réitérées. La pupille, dilatée, restait immobile. L'insomnie était continuelle, le pouls fréquent, plein

(100 puls.), les gémissements ne cessaient point. (Saignée de trois palettes: le sang coule en abondance: eau d'orge miellée; le soir, lavement purgatif.) Le son de sa voix était rauque comme celui d'une dame qui était morte de la même maladie.

Le 7, agitation, cris. (5 centigr. d'émétique, lavement purgatif.) Le 8, 20 sangsues sont appliquées au cou; elles donnent beaucoup de sang. La malade refuse presque toujours de boire, ou bien elle se précipite sur le biberon, comme si elle voulait se blesser. Elle ne cesse de répéter : *Ah! mon Dieu, mon Dieu, perdue! perdue!* Du reste elle persiste à ne vouloir répondre à aucune question. Le soir, elle est bien plus calme; elle dit à la garde: *Vous venez vous coucher; moi je ne puis dormir.* La nuit est tranquille; l'agitation recommence vers les quatre heures.

Le 9, purgatif composé de 5 centigr. d'émétique, de 10 centigr. de jalap et de 30 gram. de sulfate de soude; il ne détermine aucune amélioration. Dans la journée, les dents et les lèvres deviennent fuligineuses; la langue se sèche; le pouls a de la fréquence, mais moins que dans les premiers jours.

Le 10, même état; la difficulté à avaler est plus grande. La malade urine dans son lit.

11. La déglutition est encore plus difficile. Il y a de l'agitation; seton derrière le cou. Quelque temps après cette opération, elle se met à parler, et prononce les paroles suivantes: *Le roi, le gouvernement, Paris, la Seine, sont tous noyés;* puis elle retombe dans sa taciturnité ordinaire. Tout fait présager une issue funeste. Depuis deux jours, madame B... ne prend plus aucune boisson; elle a trouvé le moyen de contracter les muscles du pharynx, de sorte que les liquides sont aussitôt rejetés. La mort est imminente. Je cherche à introduire la sonde œsophagienne; elle pénètre difficilement; à l'aide de cet instrument, on lui injecte un verre d'eau d'orge miellée. Avant de recourir à ce moyen, j'avais cherché à l'effrayer, j'avais levé le poing sur elle comme si je voulais lui porter un coup: *Frappez-moi*, s'était-elle contentée de répondre.

A la deuxième introduction de la sonde, elle cherche par tous les moyens possibles à rejeter les boissons; elle rend par le nez et par la bouche une certaine quantité de liquide.

Le 13, les forces sont un peu revenues; le visage est plus coloré. En réfléchissant aux difficultés que j'ai éprouvées la veille à introduire la sonde, j'imagine de passer un mandrin recourbé, dans l'un de ses yeux; cette légère modification suffit pour engager convenablement l'instrument dans l'arrière-bouche, et le faire descendre plus profondément. Deux tasses de bouillon parviennent ainsi dans l'estomac. — Les forces se relèvent.

14. De temps en temps la malade rejette par la bouche une certaine quantité de pus mêlé de sang. — Lorsqu'on s'approche de madame B..., elle roule les yeux d'une manière effrayante; jusqu'aux derniers moments, elle refuse de boire, quoique les dents soient fuligineuses, la langue brune, desséchée, et les lèvres d'un brun noirâtre. Lorsque par hasard elle avale quelque peu de liquide, elle dit que c'est du poison. Elle reconnaît ses parents. Aux portes de la mort, agonisante, sa résolution n'est pas ébranlée. Fréquemment cette malade fait entendre des gémissements. Le 14 au soir, elle expire sur les onze heures, sans avoir eu d'agonie.

Autopsie. — L'ouverture a lieu le 16 au matin; le front est bien conformé; la circonférence de la tête n'offre rien d'anormal. *Crâne.* La dure-mère adhère très intimement à la boîte osseuse dans plusieurs points, et surtout à gauche; on peut néanmoins l'en détacher en la tirant fortement. L'arachnoïde est opaline dans quelques points; sa cavité renferme très peu de sérosité. Les membranes n'ont contracté aucune adhérence avec la substance cérébrale. A l'extérieur, le cerveau est ferme, résistant; les circonvolutions sont bien dessinées, les anfractuosités également prononcées.

La dissection ne présente rien de particulier; les deux substances ne sont pas plus injectées que dans l'état ordinaire; elles ont une consistance ferme. La coloration bleuâtre de la

grise, notée par quelques auteurs, n'existe pas. Les ventricules ne contiennent point de sérosité, leurs parois sont même plutôt sèches. Le cervelet est ferme, sans traces d'injection. Les sections ne laissent couler que peu de sang. Les os ne sont ni plus minces ni plus épais que d'habitude.

Abdomen. — L'estomac est large, les intestins ont leur diamètre ordinaire. Incisé, l'estomac laisse dégager une certaine quantité de gaz. La muqueuse est d'un rouge brun, mamelonnée; dans quelques endroits, elle est brunâtre; il n'y a point de ramollissement, car le dos du scalpel et la lame n'en détachent pas de fragments. Les intestins présentent quelque chose d'analogue. Il n'y a de matières fécales que dans l'arc du colon; malgré seize jours de constipation, le rectum, l'S iliaque du colon n'en contiennent pas. Les matières de l'arc du colon sont isolées, par petits pelotons. Les autres organes sont sains.

Lorsque l'aliénation mentale éclate à une époque avancée de la vie et qu'elle a une forme aiguë, sa terminaison est souvent funeste. La mort, la démence et la paralysie générale en sont les suites assez ordinaires. Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, la cause de l'affection ne saurait être très bien établie; peut-être cependant l'éloignement des objets auxquels elle était habituée depuis si longtemps détermina-t-il le dérangement de son esprit. Il est, en effet, d'observation que les idées ont d'autant plus de force sur l'individu qu'elles sont plus limitées; c'est un fait que les paysans, et parmi ceux-ci les montagnards, sont fréquemment atteints de nostalgie. Presque tous les sauvages qui sont transplantés dans les villes les plus civilisées ne tardent pas à succomber à cette funeste maladie, si leur séjour se prolonge trop longtemps.

La forme par laquelle débuta le désordre des facultés intellectuelles de cette dame fut celle qui appartient à la mélancolie. Sa figure exprimait l'anxiété à laquelle elle était en proie; et, comme beaucoup de ces aliénés, elle manifestait le projet de

se laisser mourir de faim. Bientôt le délire succéda à cette monomanie triste, et le refus des boissons persista jusqu'au tombeau. Les lèvres et la langue étaient noires, les forces anéanties, l'intelligence perdue, et la volonté semblait se réveiller pour repousser le vase qu'on approchait des lèvres.

On a vu que l'introduction de la sonde avait offert quelques difficultés; la modification que nous avons faite en introduisant dans l'un des œils de l'instrument un mandrin en fer, moulé sur la direction du plancher des fosses nasales, nous a toujours permis depuis de nourrir les aliénés, quelque résistance qu'ils opposassent.

Pendant la vie, nous avions noté la coloration d'un brun noirâtre des lèvres et de la langue de la malade; cette coloration est assez rare; elle aurait pu faire soupçonner une fièvre de mauvais caractère, l'ouverture ne montra aucune lésion des follicules et des plaques de Peyer. L'état mamelonné de la muqueuse stomacale, sa coloration, sembleraient annoncer que ce viscère avait subi quelque atteinte, mais il ne faut pas oublier que cette membrane n'était point ramollie.

L'examen de la tête devait appeler toute notre attention; les recherches les plus minutieuses ne nous ont offert aucune altération de couleur, de texture, de consistance, soit dans le cerveau, soit dans les membranes, à moins qu'on ne veuille attribuer la maladie mentale à l'adhérence de la dure-mère aux os du crâne, quoiqu'il ait suffi de quelques efforts pour les séparer l'un de l'autre. Voici donc un cas de délire qui n'a laissé après lui aucune trace pathologique.

V. *Délire aigu; aliénation depuis douze ans; mort; autopsie.*

Le 28 juillet 1843, mademoiselle B., âgée de soixante ans, fut conduite dans mon établissement. Cette dame, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait le système musculaire très développé, les cheveux bruns. Les rensei-

gnements m'apprirent qu'elle était aliénée depuis douze ans; l'époque du temps critique paraît avoir été le point de départ de la maladie. L'affection mentale était caractérisée tantôt par une grande agitation, tantôt par une mélancolie profonde. Dans un de ces accès, M. de Villiers père, qui lui avait donné des soins, remarqua qu'elle ne voulait pas manger. Depuis quelque temps cette demoiselle était un peu plus calme, lorsque trois jours avant son arrivée elle fut prise d'un délire violent: elle poussait des cris, voulait se jeter par la croisée, brisait les objets; on lui pratiqua une saignée; mais, comme le mal augmentait, on fut obligé de l'attacher.

Lorsque je la vis, elle paraissait abattue, ne répondait point aux questions qu'on lui adressait, quoiqu'elle semblât par moments les comprendre; mais cet état d'accablement dura peu; elle se mit aussitôt à aboyer comme un chien; elle chantait, et répétait vingt fois le même mot. Elle refusa d'abord de boire; mais, en lui parlant dans le sens de son délire, elle avalait quelquefois brusquement les boissons qu'on lui présentait. La face était colorée, l'œil hagard, sinistre; la peau, et celle du front en particulier, chaude; la langue sèche et rouge; les lèvres étaient enduites d'un mucus filant, quelquefois desséché; le ventre n'était point douloureux à la pression et n'offrait rien à noter; le pouls était fréquent (100 pulsations), mais peu développé.

La malade fut mise immédiatement au bain, où elle resta pendant six heures, soumise à une irrigation continue; elle prit 12 grains de calomel. Pendant toute la durée de son bain, elle ne cessa de chanter d'une manière très précipitée. Cette demoiselle, qui a été très bien élevée, et qui faisait partie d'une congrégation religieuse, tenait les propos les plus singuliers, et entonnait la *Marseillaise*. C'est une remarque que nous avons eu souvent l'occasion de faire chez les personnes bien nées, professant des principes religieux, lorsqu'elles sont en délire ou aliénées. L'agitation continua toute la nuit. La maigreur du sujet, le peu d'utilité des émissions sanguines en pareil cas, ne

me permirent point d'insister beaucoup sur ce moyen; je me bornai à une saignée, et à une application de sangsues derrière les oreilles, mais je recommandai les compresses réfrigérantes que presque toujours les malades lancent loin d'eux.

Le 29, le refus de boire était plus prononcé; la malade gardait les boissons dans la bouche, et les rejetait ensuite. Son délire continuait, mais sans violence, sans cris de fureur; elle répétait vingt fois le dernier mot qu'elle entendait, comme les maniaques; elle comprenait quelques questions, et y répondait par un signe de tête; le plus souvent elle n'entendait rien. Elle crachotait sans cesse et dans toutes les directions. Le pouls était à 90 pulsations, petit, dépressible. Un deuxième bain avec irrigation lui fut administré. Elle devint plus calme, prononça quelques paroles raisonnables, et dit qu'il était affreux de mourir enragée; elle consentit à boire quelques tasses de tisane.

Le 30, les symptômes avaient repris leur marche; la malade refusait de boire; elle avait quelques uns des traits de la manie. Jusqu'au 2 août, il n'y eut point de changement; j'étais obligé, depuis trois jours, de la faire boire au moyen de la sonde introduite par le nez. Elle opposait une résistance extrême, et faisait des efforts pour rejeter les liquides.

Le 2, la figure était altérée, le refus des boissons encore plus prononcé; à l'agitation, aux chants, aux grimaces, avaient succédé de l'abattement, une sorte de marmottement, et la jactitation de la tête. M. Bricheteau, que j'avais appelé en consultation, trouva le pouls fréquent, mais sans résistance; la figure se colorait par moments, les pupilles étaient normales. La malade ne répondait point aux questions, remuait automatiquement la tête; elle avala deux gorgées de liquide; sa voix était altérée et rauque. Il fut convenu qu'on continuerait les compresses d'eau froide sur la tête; on prescrivit des vésicatoires aux jambes, du calomel à l'intérieur, des pilules camphrées, des lavements et des sangsues derrière les oreilles, si des signes de

réaction avaient lieu. A partir de ce moment, la malade ne voulut rien boire.

Le 3, les traits étaient fort altérés; elle ne parlait pas; dès qu'on lui mettait quelque chose dans la bouche, elle le rejetait; mais elle faisait quelquefois signe qu'elle comprenait les mots qu'on lui adressait.

Le 4, la peau est froide, les yeux sont enfoncés; le refus des boissons est toujours opiniâtre. La connaissance n'est point revenue; à huit heures du soir elle expire.

L'*autopsie* fut faite trente-six heures après la mort. L'estomac, l'œsophage et le pharynx présentaient des traces de rougeur dont les unes me parurent dues au contact de la sonde, et les autres aux effets de l'abstinence. Les intestins contenaient des matières fécales; les autres organes n'offraient rien de particulier.

La dissection du cerveau fut faite avec beaucoup de soin par M. Bricheteau et par moi. Les os du crâne, surtout le frontal et l'occipital, avaient beaucoup de dureté. Les pariétaux étaient minces; il n'y avait point d'adhérence avec la dure-mère. Lorsque celle-ci eut été incisée, il s'écoula deux ou trois cuillerées de sérosité; à la base du crâne, il y avait trois ou quatre cuillerées de sang. Le cerveau à l'extérieur ne présentait rien d'anormal; il avait sa configuration habituelle; les lobes antérieurs n'étaient ni plus ni moins développés que d'habitude. Le cervelet avait ses dimensions habituelles.

L'examen extérieur des membranes n'offrit qu'une injection très modérée. Après les avoir incisées, nous les détachâmes avec précaution; elles avaient leur transparence habituelle sans épaississement, ni opacité, ni granulations; elles n'étaient pas plus injectées qu'elles ne le sont dans beaucoup de cas, sans analogie; elles s'enlevaient avec la plus grande facilité, et n'avaient contracté aucune adhérence avec la substance corticale. La même disposition existait sur les deux faces du cervelet et à la base du cerveau.

Les membranes enlevées, nous examinâmes le cerveau; les

circonvolutions et les anfractuosités avaient leur disposition ordinaire; la substance corticale présentait sa coloration habituelle; elle n'était ni ramollie, ni indurée; en la disséquant, nous n'y trouvâmes point d'injection; aucune coloration anormale n'existait dans l'intérieur. La substance blanche était légèrement injectée, mais sans trace d'altération aucune; elle avait sa consistance et sa coloration habituelles. Il n'existait dans les ventricules latéraux aucune sérosité. Les plexus choroïdes, les corps striés, les couches optiques, avaient leur aspect ordinaire. Le cervelet était sans altération.

Cette observation, comme l'a fait très bien observer M. Bricheteau, est doublement intéressante sous le rapport du délire aigu et de l'aliénation mentale. Ainsi, la malade est d'abord en proie à une agitation extrême qui oblige les parents à l'attacher, par la crainte qu'ils ont qu'elle ne se jette par la croisée ou qu'elle ne se blesse. Pendant les trois jours qui précèdent son entrée, elle ne cesse de crier, de s'exalter, de tenir des propos incohérents; elle refuse les aliments, les boissons. Enfin, dans l'impossibilité de la garder plus longtemps, ils l'amènent dans ma maison. Sa figure est colorée; ses yeux sont hagards, sinistres; son pouls est accéléré, quoique peu résistant; elle ne répond point aux questions qui lui sont adressées, ou ne le fait que par saccades; elle crachote et cherche à mordre; la peau est chaude, la langue rouge et sèche. Cet état persévère quatre ou cinq jours, puis est remplacé par de l'abattement; elle a quelques éclairs de raison. Comme dans la plupart des cas de ce genre, le refus des boissons existe, ne cesse qu'à de courts intervalles, et persiste jusqu'au dernier moment. Et cependant, après de pareils désordres, qu'on qualifiait autrefois de frénésie, auxquels on donne maintenant les noms de méningite, de méningo-céphalite, il n'existe aucune altération appréciable des membranes et du cerveau.

Quant à l'aliénation mentale, qui a lieu depuis douze ans, et qui a été caractérisée par des accès maniaques de toute espèce,

alternant avec des accès de mélancolie, elle ne laisse, après une durée aussi longue, aucune de ces lésions qui ont été attribuées à la folie chronique, comme les altérations des membranes, leur adhérence, la diminution de volume des circonvolutions, surtout dans les lobes antérieurs, la décoloration de la couche corticale et l'induration de cette même couche; le ramollissement de la substance grise ou des deux substances. On ne trouve même pas quelques unes de ces altérations banales que l'oubli de l'anatomie, que je serais tenté d'appeler comparée, a pu seul faire attribuer à l'aliénation (1).

VI. *Délire aigu hydrophobique ; mort; autopsie.*

Au mois de septembre 1838, on conduisit dans mon établissement M. P., âgé de cinquante ans, de taille moyenne, d'une constitution délicate, d'un tempérament bilieux-nerveux. Depuis six mois, le médecin qui le soignait avait remarqué que sa parole était brève, sa voix d'un timbre différent, son caractère changé; il était devenu brusque, taciturne. Il y a environ dix jours, l'affection cérébrale prit de l'intensité, des symptômes de congestion se manifestèrent tout-à-coup; on lui pratiqua successivement trois fortes saignées; des sangsues furent placées au cou, et le malade fut mis à l'usage des boissons rafraîchissantes. Il n'y eut point d'amélioration. La veille de son entrée, M. P. eut un accès de fureur; il croyait que son ventre et ses jambes enflaient, que ses nerfs se retiraient. A son arrivée (28 septembre), il se mit à crier, comme je l'ai entendu faire à beaucoup d'autres aliénés, *Je ne suis pas fou :* dernière protestation d'une raison déjà atteinte, et qui sent qu'elle va se perdre entièrement.

M. P. parlait avec beaucoup de volubilité, reconnaissait toutes les personnes qui l'avaient amené, se déshabillait à chaque instant pour montrer son ventre, ses jambes, dont les nerfs étaient retirés; il prétendait qu'il n'était plus le même; son corps était

(1) *Gazette médicale*, 10 août 1843.

vidé; il injuriait sa femme, qu'il accusait de l'avoir fait enfermer, de lui avoir joué un tour horrible; il exhalait cette odeur que j'ai remarquée tant de fois chez les aliénés, et qui ne vient pas toujours de l'estomac, car je l'ai sentie chez des gens qui avaient la langue très belle. Ce malade ne dormait presque pas; il était constipé; le pouls était accéléré (100 pulsations). Dans les trois jours qui avaient précédé son entrée, le pouls avait été très fréquent et fort.—Le jour de son admission, il resta au bain pendant plusieurs heures. Il fut assez tranquille le lendemain, et se promena une partie de la journée. (Bouteille d'eau de Sedlitz.)

Deux jours se passèrent sans qu'il se plaignît d'aucune douleur; il allait et venait, ses yeux avaient quelque chose de hagard (25). L'agitation reparut; il parlait continuellement, grinçait des dents par moments, ne reconnaissait plus les personnes qu'il avait l'habitude de voir; il répétait sans cesse qu'il allait mourir, puis parlait de Dieu, d'expiations; on aurait dit qu'il était tourmenté par des remords et des idées religieuses. Le pouls avait repris sa fréquence. Un grand bain lui procura quelques heures de calme. Mais l'agitation se montra de nouveau le soir; il se roulait par terre, ne voulait ni manger ni boire. Les jours précédents, quoiqu'il ne cessât de bavarder, qu'il prétendît qu'on l'avait empoisonné, et qu'on voulait le faire mourir, il prenait ses repas comme tout le monde et ne buvait pas plus que d'habitude.

Son exaltation devint telle qu'on fut obligé de le conduire dans sa chambre et de l'attacher. Il répondait parfois aux questions d'une manière saccadée; mais le plus ordinairement son délire était extrême : il criait, injuriait, voulait s'élancer de son lit, refusait de boire, serrait les dents de manière à les broyer, en faisant entendre un claquement précipité; ses yeux étaient fixes, hagards; une matière purulente parut entre les paupières, les agglutina, se ramassant surtout à l'angle externe; le pouls était fréquent, mais petit. Le 26, au matin, je lui fis prendre, à l'aide de la sonde œsophagienne, 3 grains d'émétique, 12 grains

de calomel et 1 once de sulfate de soude; il n'y eut pas de vomissements, mais des évacuations alvines abondantes. M. P. bondissait continuellement sur son lit, injuriait ceux qui l'approchaient, les menaçait, et refusait avec opiniâtreté de boire; sa figure avait une teinte jaunâtre très prononcée; le pouls était toujours fébrile. Le soir, je lui donnai une potion avec 30 gouttes de laudanum : la nuit fut tranquille.—La journée du 27 fut très orageuse; le malade ne voulut rien boire : je lui fis avaler de force quelques cuillerées d'une potion faite avec le camphre et le musc. Il n'y eut point d'amélioration; les yeux étaient toujours remplis d'une mucosité purulente. Le 28, l'excitation avait cessé, M. P. était affaissé; malgré cet état d'accablement, il opposait la même résistance aux personnes qui voulaient le faire boire. Sa femme étant venue le voir, il lui lança un coup d'œil qui annonçait qu'il la reconnaissait; mais il ne lui dit que des injures, et refusa de rien accepter d'elle. Le soir, il expira sur les neuf heures. — J'ai appris que depuis plusieurs années M. P. était sujet à de violents maux de tête; et déjà ses enfants commencent à éprouver les symptômes de ce mal.

Autopsie. L'ouverture du cadavre fut faite vingt-quatre heures après la mort, par une température de 10 degrés.—La face était amaigrie, le corps conservait un peu d'embonpoint.—Les os du crâne étaient minces, faciles à briser. Lorsque la voûte osseuse eut été enlevée, il s'écoula une assez grande quantité de sang; la dure-mère incisée, on trouva l'arachnoïde notablement épaissie, blanchâtre sur les circonvolutions antérieures du cerveau; les granulations dites de Pacchioni étaient très multipliées. En détachant cette membrane, on constata qu'elle était résistante, qu'elle avait perdu sa transparence et augmenté d'épaisseur; en arrière, sur les côtés et dans la scissure, elle était seulement un peu injectée. Dans aucun point, la pie-mère n'avait contracté d'adhérence avec la substance corticale. Les membranes enlevées, plusieurs cuillerées de sang furent fournies par les vaisseaux. Les circonvolutions du cerveau et les anfractuosités n'avaient rien

d'anormal. En divisant la substance grise, M. Barth et moi ne trouvâmes point qu'elle fût injectée, colorée anormalement, ramollie ou dure. La substance blanche était, au contraire, injectée; en la coupant par tranches, on voyait suinter un grand nombre de gouttelettes; au doigt, on sentait qu'elle était comme poisseuse. Parvenus dans les ventricules, nous n'aperçûmes point de sérosité; la couche optique de chaque côté avait perdu son poli, son aspect blanchâtre accoutumé; on aurait dit qu'elle avait macéré pendant quelque temps dans l'eau. Les autres parties du cerveau n'offraient rien de particulier; le cervelet avait la coloration et les dimensions habituelles. Pendant sa vie, M. P. avait eu une activité remarquable; rien ne l'arrêtait pour gagner de l'argent. Les dimensions de sa tête étaient petites.

Cette observation est intéressante sous plus d'un rapport: dès les premières lignes, on entrevoit une liaison entre l'aliénation et le délire aigu. Une période d'incubation de six mois précède l'explosion du mal, et, comme dans la folie, le caractère est changé. Le délire éclate; il se montre sous la forme maniaque. Un traitement antiphlogistique ne produit aucune amélioration. — Les préparations opiacées ont un peu plus d'efficacité; mais l'agitation reprend le dessus, et M. P. se livre à toute son exaltation. Pendant deux jours, ce malade peut se promener, boire et manger comme les autres commensaux; et cependant quatre jours après, il a cessé de vivre. Chez lui, on observe aussi la mucosité purulente sécrétée par la muqueuse des paupières. Ce signe, que nous avons fréquemment constaté chez les individus affectés de délire aigu, est presque toujours d'un mauvais augure. Les paupières ne sont pas les seules parties où on l'observe; plusieurs fois nous avons vu les narines et le conduit auditif sécréter une quantité notable de cette matière. — L'autopsie révéla une lésion de l'arachnoïde; mais cette altération était déjà ancienne: c'est au moins ce que son épaississement et sa couleur blanchâtre attestent dans l'état actuel de nos connaissances. — Point d'injection étendue des membranes, point

d'adhérences avec la substance corticale, point de coloration morbide de cette dernière. Faut-il rattacher cet état de l'arachnoïde à la céphalalgie dont M. P. était tourmenté? Cette opinion a de grandes probabilités en sa faveur. La substance blanche était, à la vérité, injectée; mais l'agitation du malade, ses mouvements convulsifs, le désordre de ses idées ne donnent-ils pas une explication satisfaisante d'une coloration qu'on retrouve dans un grand nombre de maladies différentes? Ainsi, dans le cas dont il s'agit, il y avait tout au plus des traces d'une méningite ancienne, et rien qui fût lié à la maladie nouvelle et rapide qui enleva M. P.

Nous avons dit qu'une des grandes difficultés du diagnostic consistait dans les complications; l'observation qu'on va lire prouve que le délire et la manie aigus peuvent, en effet, se montrer chez le même individu, et que leur exacte délimitation n'est pas toujours possible. Dans l'observation qui fait suite à celle-ci, on verra le délire s'accompagner des symptômes de la méningite aiguë, et l'autopsie ne montrer, dans les deux cas, que les lésions anatomiques de la méningite chronique.

VII. *Délire aigu hydrophobique avec symptômes de manie aiguë; mort; autopsie.*

Au mois de décembre 1840, M. R. fut conduit dans mon établissement. Depuis six semaines, il donnait des signes d'aliénation mentale; sa maladie ayant fait des progrès rapides et devenant menaçante pour lui et pour les personnes qui l'entouraient, on l'enleva de son domicile. Le jour de son entrée, il avait voulu se porter à des voies de fait sur sa sœur. Pendant plusieurs heures il fut tranquille et dîna même de bon appétit. Défiant comme on l'est toujours avec les nouveaux venus, je l'observais avec beaucoup d'attention; deux heures après le repas, je m'aperçus que le nez rougissait, la figure ne tarda pas à s'empourprer, les yeux s'injectèrent; il se leva avec violence, se mit à

marcher à grands pas, murmurant des menaces; il maudissait ses parents de l'avoir fait enfermer dans une maison de fous, et, chose remarquable, il avait été amené directement dans mon appartement et n'avait vu aucun malade. On aurait dit une sorte d'intuition qui lui révélait la nature du lieu où il avait été transféré.

Nous voulûmes le calmer par des paroles de conciliation; mais plus nous cherchions à l'apaiser, plus il s'animait: chaque mot qu'il prononçait semblait lui monter au cerveau, comme une liqueur enivrante. L'agitation diminua un peu, il cessa alors de menacer, mais il répétait à chaque instant : Je veux mourir; j'ai désiré la mort, je n'ai pas eu la force de me la donner, retenu que j'étais par des idées religieuses. La nuit fut assez tranquille.

Les personnes qui l'avaient conduit dans ma maison m'apprirent que M. R., qui avait fait avec distinction de nombreuses campagnes, s'était lié depuis plusieurs années avec une jeune femme qui avait été la cause de tous ses malheurs. Cette dame l'avait d'abord obligé à se démettre d'un emploi important, ce qui lui avait occasionné de vifs regrets; puis, au lieu de trouver dans son intérieur le repos et la tranquillité, il avait été en butte à des chagrins et à des blessures de tout genre. Ces luttes domestiques, prolongées pendant plusieurs années, produisirent à la longue un trouble dans ses facultés intellectuelles dont on commença à s'apercevoir il y a six mois. Il changeait fréquemment de lieu, s'emportait, se mettait en fureur, ne cessait de se tourmenter de sa démission, de la liaison malheureuse qu'il avait contractée. Un médecin instruit qu'on avait consulté, ayant su qu'il était sujet à des hémorrhoïdes, supprimées depuis quelque temps, prescrivit un purgatif aloétique qui rappela le flux sanguin et avec lui la raison, dont le retour fut de quarante-huit heures seulement. Bientôt ses emportements, ses actes de fureur se reproduisirent à de courts intervalles; il brisait les objets à la moindre contrariété; cette disposition le plongea dans une hu-

meur noire, il fut assailli d'idées de suicide, et pendant les trois jours qui précédèrent son entrée dans mon établissement, il monta à la colonne Vendôme, dans l'intention de se précipiter du haut de la plate-forme; mais chaque fois, il revint chez lui, n'ayant pas le courage de mettre son projet à exécution.

Le lendemain (30) M. R. fut conduit au bain; il avait crié une partie de la nuit. Ses yeux étaient injectés, son pouls accéléré, il parlait avec volubilité, disait qu'on voulait le perdre; il priait qu'on ne fît de mal à personne, disant qu'il était la victime expiatoire. On lui offrit de la limonade; mais il la refusa obstinément, grinçant des dents lorsqu'on approchait le vase de ses lèvres. Ses parents étant venus le voir dans la journée, il se plaignit à eux des violences qu'on avait exercées sur lui, ruse assez ordinaire chez les fous; et comme ils lui proposaient de l'emmener, il leur déclara, avec cette mobilité qu'on remarque chez eux, qu'il ne sortirait pas de la maison, parce qu'il y voulait mourir.

A peine ses parents furent-ils partis qu'il se précipita vers la porte, appelant à grands cris à son secours. Son agitation était extrême; il menaçait à chaque instant de se porter à des actes de violence; il avait frappé plusieurs personnes, et on fut obligé de lui mettre la camisole, car sa force prodigieuse donnait de justes sujets d'inquiétude. L'excitation s'étant calmée le soir, il consentit à prendre un potage; sur sa demande, on lui avait rendu la liberté.

Le 28, il se promenait tranquillement dans le jardin, lorsque, sans motif, il se mit à frapper plusieurs des malades. On fut obligé de le fixer de nouveau; il tenait des discours incohérents, se croyait le bon Dieu; la maison était bien heureuse de le posséder; il se jetait à genoux, marmottait des prières ou bien il gardait un silence obstiné. Pendant toute la journée il fut très agité; les yeux et la face étaient injectés, le pouls accéléré; il opposa la même résistance que la veille, lorsqu'on voulut le faire boire; le soir il prit quelques cuillerées de potage.

Le 1^er^, M. R. refuse toujours de boire et de manger; il n'a plus de moments de calme; il marche, parle sans cesse, s'agite, fait entendre des menaces. (Grand bain de cinq heures; il est plus tranquille en sortant de l'eau; les douches l'ont beaucoup fait crier, mais n'ont pu le forcer à boire.) On est obligé de l'isoler, parce qu'il ne cesse de s'emporter, de vouloir frapper. Le pouls est accéléré, l'œil égaré, furieux; son délire est général; il parle de sa sœur, soutient qu'on l'a assassinée, qu'on lui a tout volé cette nuit; il ne paraît comprendre aucune des questions qu'on lui adresse. Le soir, il boit deux verres de limonade. — Par moments, il prend les personnes qui l'entourent pour d'autres qu'il a très bien connues.

Le 2, son agitation, quoique moins forte, est toujours considérable; il persiste dans son refus des boissons; le mouvement fébrile continue; mais le pouls, quoique fréquent, est devenu mou et petit. Le malade maigrit à vue d'œil; ses yeux se remplissent d'une mucosité purulente; je lui injecte, à l'aide de la sonde œsophagienne, deux bouillons. Le 3, l'état est le même; les forces diminuent d'une manière sensible; il ne prend du bouillon et un peu de vin que par le moyen de la sonde. Le 4 au matin, l'agitation l'a quitté; mais l'altération profonde de ses traits annonce une fin prochaine; il parle lui-même de sa mort, prononce plusieurs paroles raisonnables et demande les secours de la religion; à peine les a-t-il reçus, qu'il s'écrie d'une voix distincte : Je me trouve bien. La force s'altère rapidement; le pouls devient filiforme, intermittent; les extrémités se refroidissent, et il expire quelques minutes après.

Autopsie. — Le 6 au matin, par une température très froide, l'ouverture du cadavre fut faite par moi et par M. Barth. Avant cette opération, la tête fut mesurée avec soin; la circonférence, prise des bosses frontales à la protubérance occipitale, était de 52 centimètres (19 p.); l'étendue du crâne de la racine du nez à la protubérance occipitale, de 32 centimètres (11 p. 10 l.), et celle d'un conduit auditif à l'autre, également de 32 centi-

mètres (11 p. 10 l.). Les parties antérieures étaient très développées; les régions latérales avaient une ampleur remarquable.

En détachant la voûte osseuse, nous trouvâmes la dure-mère tellement adhérente le long de la suture sagittale, que nous ne pûmes l'en séparer qu'à l'aide du bistouri.

Le cerveau, mis dans une balance, pesait 3 livres 6 onces (1 kil. 680 gram.); le cervelet 6 onces (180 gram.). Les circonvolutions étaient très bien dessinées. L'arachnoïde était épaisse, opaque par places, surtout le long de la scissure, dans l'étendue d'un demi-pouce en dehors et en dedans; la pie-mère, fortement injectée, s'enfonçait dans les anfractuosités. La sérosité n'était guère plus abondante que dans l'état normal. Après avoir examiné les membranes, nous les détachâmes du cerveau; dans un grand nombre d'endroits, la pie-mère s'enlevait facilement; dans d'autres, la couche superficielle de la substance corticale y restait adhérente, comme si on l'eût étendue avec un couteau. Au sinciput dans plusieurs points, cette couche était ramollie; son altération était visible à l'œil; on l'enlevait facilement avec le dos d'un scalpel, et même avec le doigt dans quelques places; sa consistance était celle de la crème.

La substance corticale était généralement rosée; la blanche était parsemée et traversée par un grand nombre de vaisseaux. Les ventricules ne contenaient presque pas de sérosité. La couche superficielle des ventricules n'offrait rien de particulier, mais la partie postérieure de la couche optique était ramollie. La substance grise de ces corps, surtout celle des corps striés, était plus rosée qu'à l'état normal.

A la face inférieure, les circonvolutions paraissaient plus aplaties, surtout à gauche. Dans plusieurs endroits, la pie-mère était adhérente à la substance grise, dont elle ne pouvait être détachée. Le cervelet et la protubérance annulaire n'avaient rien de particulier.

Les causes morales furent, dans cette observation, la source du dérangement de l'esprit; c'est aussi ce que l'on constate dans le

plus grand nombre d'aliénations, surtout chez les individus qui appartiennent aux classes instruites. — Pendant les cinq jours que dura sa maladie, M. R. ne s'alita que les dernières heures de sa vie: tout le reste du temps, il ne cessa de marcher, de crier et de donner les marques d'une vive agitation. Quoïqu'il refusât de boire, deux ou trois fois le soir, il consentit à prendre un potage et quelques verres de limonade. Cependant l'autopsie révéla une lésion des méninges et du cerveau. L'adhérence des membranes, le ramollissement du cerveau, sont des signes de la méningite chronique ou plutôt de la paralysie générale: or le malade n'était point en démence, il n'avait aucune hésitation dans la parole, sa démarche était naturelle, son délire était celui d'un maniaque. Les lésions anatomiques qu'on regarde comme celles de la paralysie générale peuvent donc se trouver aussi dans le délire aigu, comme on les rencontre dans la manie et dans d'autres affections qui n'ont aucun rapport avec l'aliénation. — L'injection des deux substances doit-elle être donnée comme un signe de nature inflammatoire ou comme l'indice d'une congestion mécanique? Les deux opinions peuvent être également soutenues; nous inclinons cependant pour la dernière, à cause de l'agitation du malade, et de l'absence de tout épanchement gélatiniforme purulent.

La lésion était, selon toutes les probabilités, ancienne; le trouble des idées remontait lui-même à environ six mois. On pourrait donc trouver un rapport entre ces deux ordres de faits; mais il faut aussi convenir qu'une méningo-céphalite qui permet pendant plusieurs mois à un homme de remplir les conditions matérielles de l'existence, qui même, dans les derniers jours de sa vie, ne l'oblige point à se mettre au lit, diffère complétement de celles que nous connaissons. Tous les médecins ont vu, dans leur pratique civile ou dans les hôpitaux, des individus atteints d'arachnitis ou de méningo-céphalites: je ne crains pas d'affirmer qu'aucun de ces malades ne ressemblait à ceux dont nous donnons ici la description. — Évidemment il y a des cas de manie et de

délire aigu qui laissent après eux des vestiges d'inflammation des méninges et de l'encéphale; mais ces désordres sont loin de toujours exister, et lors même qu'ils existent, on peut encore se demander s'ils sont cause ou effet. Un homme a un violent chagrin dont l'influence prolongée se fait sentir sur l'hématose; les fonctions digestives, celles de la respiration finissent par s'altérer. Le marasme fait des progrès effrayants, le malade meurt victime de son idée. A l'autopsie, on trouve des lésions de l'estomac et des poumons. Dira-t-on que ces changements de texture soient les causes du mal? Des milliers de malheureux, pleins de santé à leur départ, n'ont pas plus tôt perdu de vue la patrie qu'une tristesse profonde s'empare d'eux, rien ne peut les consoler, la chaîne mystérieuse qui les unissait au sol est brisée, ils meurent, et leurs corps présentent les plus graves désordres.

En admettant donc que les altérations anatomiques décrites fussent constantes dans le délire aigu, il faudrait prouver qu'elles l'engendrent nécessairement: or, souvent nous voyons poindre l'idée avant le mal, c'est-à-dire la cause avant l'effet: nous ne pouvons donc, en bonne logique, admettre que ces lésions déterminent le délire aigu. Ici se présente une autre question : la maladie de M. R. est-elle un délire aigu ou une manie aiguë? c'est ce que l'examen des symptômes va nous faire connaître. Le malade éprouve, plusieurs mois avant son délire, des changements dans ses habitudes, son caractère; il est tourmenté à diverses reprises par l'idée du suicide; le trouble de la raison éclate; mais M. R. ne s'alite que dans les derniers instants de son existence; son agitation est menaçante et furieuse; il n'a point de convulsions ni de contractions; la mort a lieu par l'état maniaque : ces symptômes sont ceux qu'on attribue à la manie aiguë. D'un autre côté, M. R. a de la fièvre; il refuse fréquemment les boissons, s'emporte lorsqu'on veut les lui faire prendre, et présente plusieurs autres symptômes du délire aigu.

Les médecins d'aliénés ont constaté que la manie aiguë pou-

vait passer à l'état de délire aigu, et ces deux lésions à l'état de méningo-céphalite. Une maladie, dit M. Lélut, qui a de telles analogies avec le délire aigu, et qui n'en diffère en quelque sorte que par une moindre intensité, doit donner les mêmes résultats par rapport à la cause organique. Quant aux caractères anatomiques de l'encéphalite qu'on observe dans plusieurs cas de manie aiguë transformée en délire aigu, ils sont, suivant M. Lélut, secondaires; c'est aussi notre manière de voir; l'inflammation cérébrale n'est alors qu'une complication. Chez M. R., la méningo-céphalite nous a paru ancienne, et nous ne croyons pas qu'elle ait occasionné la mort; il n'y avait, en effet, ni injection récente, ni pseudo-membrane, ni pus, ni liquide de nature purulente. Sa terminaison fatale nous semble due à l'excitation maniaque ou à l'épuisement nerveux.

VIII. *Délire aigu hydrophobique; symptômes de méningite aiguë; mort; autopsie; traces de méningite chronique.*

Le 4 janvier 1841, mademoiselle K. est conduite dans mon établissement. C'est une jeune personne de dix-sept ans, brune, maigre, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution délicate. Élevée dans des principes religieux, cette demoiselle n'a jamais quitté ses parents, qui la chérissaient. Habituellement réservée et peu communicative, son caractère est égal, mais porté à la tristesse et à la mélancolie. Jamais on n'a remarqué, dans sa conduite, de singularités, de bizarreries ou de caprices.

Dix jours avant son entrée, cette jeune personne perd son frère, qu'elle aimait beaucoup; son chagrin ne se révèle cependant par aucun signe qui dénote un dérangement dans ses idées. La journée du 3 est un peu moins calme, et dans la nuit, le délire éclate; elle pousse des cris, de véritables hurlements; elle se croit perdue, damnée; elle déclare qu'elle veut tuer son oncle, et plusieurs fois elle revient sur cette idée. On essaie de la calmer; elle se jette sur les assistants et contusionne la figure de

sa mère. On lui pratique, le 4 au matin, une saignée de deux livres, et on la met ensuite au bain pendant deux heures.

Arrivé près de mademoiselle K., je la trouve assise dans un fauteuil, les yeux fixes, brillants, quelque peu menaçants, les pupilles dilatées, la figure injectée, la peau chaude; le pouls accéléré, plein, mais mou (100 pulsations); la langue très sèche et râpeuse; elle me répond avec assez de calme aux questions que je lui adresse; elle a beaucoup de soif; sa tête ne lui fait point de mal; son air exprime l'étonnement; de temps en temps elle demande où elle est. Cet état de tranquillité cesse au bout de quelques heures ; elle recommence à crier, veut mordre, dit qu'elle est perdue, qu'elle va à la mort. Son agitation est si grande, qu'on est obligé de la fixer sur son lit pendant toute la nuit; elle boit de la limonade : l'exaltation tombe; elle écoute les paroles de consolation de la personne placée auprès d'elle, et répète plusieurs fois : Vous croyez que je guérirai?

Le 5, vers six heures du matin, nouvelle crise d'un quart d'heure. Le mouvement fébrile continue; la peau est chaude; la malade boit fréquemment. (Grand bain de cinq heures, affusions froides, limonade.) La malade se rend elle-même au bain, plutôt conduite que soutenue par une domestique.

Le 6, mademoiselle K. crie moins longtemps que la veille; les yeux sont saillants, fixes, brillants; la face rouge, le pouls accéléré, mou (95 pulsations); la langue blanche, mais moins sèche que la veille; le délire persiste; la malade cherche à s'élancer sur moi: Que je serais heureuse si je pouvais te dévorer! Elle fait encore entendre des cris aigus, puis elle se tait. (Saignée, grand bain de cinq heures, affusions, tisane laxative.) Lorsqu'on la retire du bain, la face est pâle, le pouls est plus petit, toujours fréquent, la soif moins grande; elle se sent plus souffrante.

Le 7, la malade est aux approches de ses règles; on lui fait une application de six sangsues à la partie supérieure des cuisses; quatre ventouses scarifiées sont également prescrites. Le délire continue. De temps en temps elle s'agite et crie; par moments

elle entend, et répond juste à toutes les questions. Les yeux sont fixes et hagards; à diverses reprises, elle refuse de boire; la peau est médiocrement chaude, la langue un peu sèche. (Limonade, eau de Sedlitz.)

Le 8, l'agitation, quoique moins forte, existe toujours; elle augmente lorsqu'on entre dans sa chambre ou qu'on s'approche d'elle; les cris deviennent moins forts. Je prescris un bain de six heures avec des affusions froides; la malade en sort plus agitée; elle ne veut plus boire; elle crachote depuis deux à trois heures. La conjonctive est injectée, la face rouge, la peau chaude, le regard fixe, le pouls fréquent, petit; elle présente une partie des signes observés chez les individus atteints de délire aigu, qui ont succombé. Le pronostic est grave. (Douze grains de calomel, lavement avec l'émétique et le séné.)

Le 9, elle appelle son frère à chaque instant : Mon frère, toi qui es dans la tombe, viens à mon secours; je suis entourée de grenouilles et de serpents qui vont me dévorer. Ses yeux deviennent hagards; pouls mou, mais fréquent; langue humide, moins blanche; tantôt elle boit, tantôt elle refuse de boire. On m'assure que ses frères étaient jaloux; le dernier qu'elle a perdu était chéri de sa mère, qui avait pour lui mille petits soins; on soupçonne que la sœur avait conçu de la jalousie de cette préférence, et que le regret qu'elle a éprouvé de ce sentiment par suite de ses principes religieux a pu contribuer au développement de sa maladie. (Douze grains de calomel).

Le 10, la malade a passé une nuit assez tranquille; elle ne s'est point agitée et a même dormi une heure. Le pouls a de la fréquence (cent pulsations); le soir, il s'élève à cent dix; la figure est pâle, amaigrie, les yeux sont plus ternes; mademoiselle K. boit difficilement et très peu à la fois. Le calomel n'a point procuré d'évacuations. Je lui fais prendre, au moyen de la sonde œsophagienne, une once d'huile de ricin. — Pendant la visite de son médecin ordinaire, qu'elle reconnaît parfaitement, elle répond aux diverses questions qu'il lui adresse. La face a un air

d'étonnement; l'urine est rare et trouble, les dents sont plus sèches. (Le matin, deux vésicatoires aux mollets.)

Le 11, la malade a été très agitée toute la nuit; elle ne cessait de crier; l'huile de ricin a déterminé des évacuations abondantes; la figure est d'un jaune terreux, très amaigrie; les yeux grands, fixes; elle rejette à chaque instant une salive écumeuse très abondante; les dents se sèchent davantage; la langue est moins humide, d'un blanc jaunâtre; elle refuse obstinément les boissons, et grince des dents lorsqu'on approche le vase de ses lèvres. Sa position s'est aggravée; je renonce aux bains et aux affusions froides; les compresses froides sont également supprimées.

Des renseignements précis ne permettent plus de douter que la jalousie qu'elle nourrissait en secret contre son frère ne l'ait portée à se réjouir de sa mort, et que ses croyances religieuses ne lui aient inspiré une horreur profonde de ce sentiment. Ainsi se trouvent expliqués les mots qu'elle répétait continuellement dans les premiers jours de sa maladie : je suis un monstre, je suis perdue; quelle horreur! je n'ai aucune religion, je suis damnée; et autres discours semblables qui annonçaient une forte préoccupation.

Je lui fais prendre deux petites cuillerées de vin de Lunel; dans la journée, la langue devient humide, les lèvres perdent de leur sécheresse, le pouls est toujours fréquent, mais petit. Les yeux sont remplis d'une humeur chassieuse; la pupille, largement dilatée dès le début, conserve encore cette disposition. — Pour la faire boire, on est obligé de lui pincer les narines et de lui ouvrir la bouche de force. Sur les cinq heures du soir, je lui introduis, à l'aide de la sonde, dix grains de sulfate de quinine et deux cuillerées de vin de Lunel. On veut lui donner à boire naturellement; elle contracte les lèvres, serre les dents, se débat et se retourne la figure sur l'oreiller avec une certaine force. Le pouls est petit, faible, tremblotant; l'urine rare, épaisse. A

sept heures du soir, elle comprend ce que je lui dis; je la prie de boire, elle me répond qu'elle ne le veut pas.

Le 12, le matin, le pouls est petit et faible, la peau d'une chaleur ordinaire, les lèvres sèches, la langue humide et blanchâtre, la figure un peu meilleure, la pupille beaucoup moins dilatée; la malade a rendu par l'anus quatre cuillerées de matière purulente; elle me dit qu'elle souffre partout; le refus des boissons est toujours aussi prononcé; vers le soir, elle prend une cuillerée de vin de Lunel et boit presque aussitôt à deux reprises différentes. La rémission qu'on observe dans la marche des symptômes nous paraît due à l'emploi du quinquina et du vin généreux; le même moyen est encore prescrit.

Le 13, la connaissance, qui avait paru revenir un instant, est complétement perdue; une salive écumeuse, épaisse, est continuellement expulsée de la bouche; la malade oppose la même résistance à l'introduction des boissons; la langue est blanche, collante; le pouls fréquent, petit, mou; les yeux s'enfoncent dans l'orbite, leur couleur est terne; l'amaigrissement est de plus en plus sensible; les traits sont affaissés. — (5 grammes de calomel, vin de Lunel.)

Le 14, la malade a eu une évacuation; refus opiniâtre de boire, malgré la mort prochaine; la sensibilité et la motilité n'offrent rien de particulier; plaintes et gémissements depuis hier, cris; refroidissement des extrémités; pouls petit, fréquent; sueur froide; congestion vineuse de la face, langue sèche et râpeuse; la malade se glisse continuellement aux pieds du lit, quoiqu'on la relève plusieurs fois; agonie, mort.

Autopsie. Le 16, à 8 heures, 56 centimètres (1 p. 8 p. 10 l.) de la protubérance occipitale aux bosses frontales; 27 centimètres (10 p.) d'un conduit auditif à l'autre; 29 centimètres (10 p. 10 l.) du milieu des bosses frontales à la protubérance occipitale. Front petit, peu élevé; os frontal épais, dur. Point d'adhérences entre la dure-mère et les os du crâne. Un peu de sang à la base du cerveau. Pesanteur du cerveau, 2 livres 5 onces

1 gros (1 kil. 164 grammes). Poids du cervelet, 3 onces 7 gros (124 grammes).

La configuration extérieure du cerveau ne présente rien d'anormal. Les vaisseaux veineux de la surface sont modérément injectés; les capillaires artériels, au contraire, forment une injection finement arborisée assez prononcée. Il y a très peu d'infiltration sous-arachnoïdienne. — Les membranes sont très adhérentes; quand on veut les enlever, quelques parcelles de cerveau suivent la pie-mère. Dans l'intervalle des circonvolutions, la pie-mère présente l'injection finement arborisée déjà notée à un degré plus prononcé. Si l'on cherche à détacher la substance corticale des membranes, on n'y parvient que difficilement dans quelques endroits, et en les enlevant, elles entraînent çà et là quelques parcelles de substance corticale qui s'étalent sur la membrane comme une sorte de crème.

Dans d'autres parties, il faut ramener le doigt à différentes reprises pour séparer la membrane de la substance cérébrale, et dans quelques points, de plus larges traînées de substance restent étalées sur la membrane. Les mêmes désordres existent des deux côtés à un degré semblable. Ces altérations sont surtout prononcées à la partie supérieure des hémisphères et à leur partie antérieure.

A la partie postérieure, les membranes se détachent avec plus de facilité. La substance cérébrale est plus ferme, l'adhérence moins fréquente; cette partie du cerveau est aussi un peu plus consistante; considérée dans sa totalité, la consistance du cerveau est un peu plus mollasse que dans l'état normal.

La substance corticale offre une teinte rosée extrêmement manifeste dans toute son épaisseur (comme dans la méningo-céphalite). Dans un grand nombre des circonvolutions, la coloration rosée est plus prononcée dans la partie contiguë à la substance blanche que dans la couche superficielle contiguë aux méninges; une teinte blanchâtre contraste quelquefois même d'une manière bien évidente avec la rougeur de la pie-mère.

La consistance de la couche superficielle de la substance corticale est diminuée au point qu'un léger grattage suffit pour l'enlever. Un filet d'eau d'un pied de hauteur en entame la surface, sans la réduire en pulpe. La teinte rosée de la substance existe en avant, comme en arrière, mais plus colorée cependant en avant. (La parole n'a point été détruite).

La substance blanche offre aussi une légère teinte rosée. Cette teinte est plus prononcée dans des endroits que dans d'autres. Un grand nombre de petits vaisseaux parsèment cette substance. Ces vaisseaux sont très ténus. Le sang n'est plus fluide comme dans les congestions, il est adhérent aux vaisseaux, ou ne fait que très rarement sourdre des gouttelettes de sang par la pression du cerveau; ce n'est point le sablé ordinaire, ce sont de véritables vaisseaux.

La consistance de la substance blanche est normale; un filet d'eau d'un pied ne l'entame pas.

La substance grise des parties centrales a une légère teinte rosée, mais moindre que celle de la corticale. La cloison transparente est intacte.

On ne trouve pas plus de sérosité que dans l'état normal. Cette autopsie a été faite de concert avec M. Barth.

L'observation qu'on vient de lire est un argument en faveur de l'opinion de ceux qui veulent que le délire aigu soit le résultat de la méningo-céphalite. L'altération des membranes, celle de la substance corticale, appartiennent à l'inflammation; mais dans le cas dont il s'agit, ces lésions sont presque toutes les indices d'un travail ancien. — Nous devons d'ailleurs faire observer que cet état inflammatoire si étendu présente quelques particularités, aussi l'injection de la substance corticale existe surtout du côté de la couche blanche, tandis qu'elle est moins prononcée à la surface. Notons également que l'adhérence des méninges aux lobes antérieurs, le ramollissement de ces lobes, leur coloration morbide, n'ont point empêché la parole,

puisque la malade a prononcé des phrases jusque dans ses derniers moments.

Mais si les lésions anatomiques se rapportent à la méningo-céphalite, ici se présente encore la question que nous nous sommes déjà faite plusieurs fois : ces altérations sont-elles cause ou effet du délire? Un homme part pour les pays étrangers, il est bien portant, fort, jamais il n'a donné signe de maladie; tout-à-coup il devient triste, éprouve du malaise, une mélancolie profonde s'empare de lui, il va et vient sans que rien puisse le distraire; ses digestions s'arrêtent, son pouls s'accélère, le délire s'empare de lui, il s'alite et succombe. A l'autopsie, on trouve des lésions nombreuses dans la poitrine, la tête et l'abdomen. Tous ces désordres ne sont pourtant que les conséquences d'une idée, le regret de la patrie. Facilitez à cet homme le moyen de retourner dans son pays, et ces signes si fâcheux vont disparaître en un clin d'œil. Je donne des soins en ce moment à un malheureux homme qui se croit empoisonné; la crainte est devenue si forte, qu'il prend à peine de quoi se soutenir; les suites de cette fausse idée ont été un amaigrissement extrême, une altération de l'estomac et des poumons, indiquée par des symptômes qu'il n'est pas de notre sujet d'énumérer; à la mort, on trouvera dans ces deux organes des lésions plus ou moins considérables qui ne sont que les conséquences de son aliénation mentale. Encore un exemple : un homme reçoit à l'improviste la nouvelle d'un grand désastre, il chancelle, tombe, expire; on l'ouvre et l'on constate dans le cerveau un épanchement. La douleur morale a été sans aucun doute, dans ce cas, la cause de la lésion physique. Nous pourrions citer mille faits en faveur de cette influence du moral sur le physique, mais cette discussion nous entraînerait trop loin, il nous suffit d'avoir appelé l'attention sur ce point.

Comme un grand nombre d'aliénés, mademoiselle K. est poursuivie par une idée fixe, la jalousie : deux de ses frères ont péri victimes de cette passion; contenue pendant longtemps et dé-

celée seulement par un état de mélancolie habituelle, la maladie du dernier de ses frères vient encore l'augmenter. Sa mort lui fait éprouver un sentiment de joie, mais bientôt la religion dans laquelle elle a été élevée suscite dans son âme les remords les plus vifs; elle s'indigne d'avoir eu de pareils sentiments, la tête s'exalte et le délire éclate. Dans les premiers jours, on peut encore reconnaître la cause du mal à la nature des plaintes; mais à mesure que l'affection fait des progrès, l'idée première devient de plus en plus obscure.

La marche de la maladie offre quelques particularités qu'il importe de noter; la céphalalgie si commune dans la méningite aiguë ne s'observe point; les convulsions cloniques sont au contraire constantes, mais elles n'ont rien de régulier: tantôt elles existent, tantôt elles n'existent pas; elles persistent jusqu'à la fin de la vie. La paralysie ne s'observe pas plus dans ce cas que dans les autres. Le délire est le premier symptôme qui se manifeste, c'est ce que nous avons vu dans toutes les observations de ce genre. On ne remarque point dans ce cas de vomissement, circonstance commune dans les méningites et particulièrement dans l'altération des ventricules. Enfin la malade va deux fois presque seule au bain; à diverses reprises elle parle raisonnablement. Le refus des boissons, si caractéristique dans tous les faits que j'ai observés, devient d'autant plus prononcé que la fin est plus prochaine; et la mort qui survient rapidement, puisque l'affection n'a duré que douze jours, ne montre après elle que des altérations qui se rapportent plutôt à la méningite chronique. — La teinte rosée est l'indice d'un travail récent, mais on peut encore se demander si elle dépend de l'inflammation ou des accidents qu'on observe dans les derniers moments de la vie. En admettant l'existence de la méningo-céphalite, dont les caractères anatomiques ne nous sont pas très bien connus, doit-elle être considérée comme la cause du délire aigu, ou plutôt n'est-elle pas une complication ou une terminaison du délire?

Les cas d'autopsie que l'on vient d'avoir sous les yeux doivent

avoir suffisamment éclairé les lecteurs; il est maintenant facile de se former une opinion sur la nature du délire aigu. Nous aurions sans doute désiré ajouter d'autres faits à ceux que nous venons de citer; mais les difficultés qu'on éprouve pour faire des autopsies dans les établissements privés sont de telle nature, qu'on y a généralement renoncé. L'histoire des maladies n'est pas d'ailleurs sans offrir beaucoup d'intérêt; leurs causes, leurs symptômes, leur marche, leur terminaison, sont autant de facettes qu'il importe d'étudier. Nous croyons donc faire une chose utile en publiant l'observation suivante, quoique nous n'ayons pu y joindre l'autopsie.

IX. *Délire aigu hydrophobique; mort.*

Le 15 novembre 1839, M. R., âgé de dix-huit ans, maigre, brun, d'une constitution délicate, lymphatico-bilieux, fut conduit dans mon établissement. Depuis cinq jours, il était atteint d'un délire très violent qu'on attribuait à la peur qu'il avait eue de se noyer en se livrant à l'exercice de la natation. Peut-être faut-il ajouter à cette cause une punition qu'il subit sous un toit échauffé par les rayons du soleil. Le premier médecin qui fut appelé à lui donner des soins lui pratiqua une large saignée, lui fit deux applications de sangsues au cou et à l'abdomen, et prescrivit les purgatifs.

Ces moyens ayant été sans succès, et la maladie faisant des progrès, M. R. fut transporté dans ma maison. Il était dans une agitation extrême, sautant continuellement d'un endroit à l'autre, imprimant à sa tête mille mouvements divers de droite à gauche, de gauche à droite, d'avant en arrière, et sur la poitrine, avec une rapidité étourdissante. Ses discours étaient saccadés, incohérents; les paroles se succédaient avec une volubilité incroyable, sans qu'on pût fixer son attention sur aucun point; de temps en temps, il répétait les mots anglais *sing a song*, *ah!* puis il riait d'une manière sardonique; ses yeux roulaient dans leur orbite

avec une mobilité effrayante. Très souvent il s'écriait : *embrassez-moi, vous êtes un bon enfant!* Cette manie persista plusieurs jours. Le pouls battait de 116 à 122 fois par minute; il était petit, cédant facilement sous le doigt.

Comme les malades de cette catégorie, M. R. refusait toute espèce de boisson; si l'on parvenait, à l'aide du biberon, à lui en introduire une petite quantité, il la rejetait aussitôt en la lançant à la figure des assistants. Je le fis mettre au bain; il y resta six heures, recevant fréquemment des affusions froides. Pendant tout ce temps, il ne cessa de s'agiter, de parler et de crier. Dans la journée, on parvint à lui faire prendre une tisane adoucissante et le soir une potion calmante. Il dormit deux heures dans la nuit.

Le 18, le lendemain matin, je trouvai les draps, le mouchoir et la serviette remplis de crachats sanguinolents; mais leur coloration, celle du nez, ne me permit pas de méconnaître une hémorrhagie nasale. Cet épiphénomène persista plusieurs jours. Le malade opposant une résistance opiniâtre à l'introduction des tisanes, et cherchant même à mordre, je fus obligé de recourir à la sonde œsophagienne. A l'aide de ce moyen, j'injectai une demi-bouteille d'eau de sedlitz; il y eut des selles abondantes. La veille, j'avais fait appliquer sur la tête une vessie pleine d'eau glacée; ce médicament fut continué durant trois jours. La nuit fut calme.

Le 19, M. R. commença à pousser de temps en temps des cris aigus; on le mit au bain, où il resta quatre heures; il y fut tranquille. Sa constitution, la nature des symptômes, me firent penser qu'il y avait quelque chose d'ataxique dans la maladie; je prescrivis un lavement avec 60 centigr. de camphre et 60 centigr. de musc. Cette médication parut avoir exercé de bons effets; l'agitation se calma un peu; le mouvement convulsif des yeux continuait; mais la langue, les dents et les lèvres, qui s'étaient séchés, s'humectèrent. Pendant la durée du délire, ces parties se sont séchées et nettoyées plusieurs fois. Jusqu'au

21, l'état de M. R. resta le même; il s'agitait, devenait calme, rejetait les tisanes qu'on lui offrait; si on voulait l'obliger à boire, il fallait plusieurs hommes pour le maintenir, et on le voyait faire tous ses efforts pour contracter les muscles du pharynx, afin de rejeter ce qu'il avait avalé de force. L'usage du musc et du camphre fut continué, et le 20 nous fîmes appliquer un séton au cou et deux larges vésicatoires aux cuisses. Il ne cessait de crachoter; les draps, les rideaux, les murs, les serviettes, étaient remplis de salive et de mucosités. C'est une chose qui n'est pas sans quelque intérêt que ce rapport entre les aliénés et les enfants, pour le mauvais usage qu'ils font de leur salive, s'en servant comme d'un moyen de vengeance ou de mépris, pour la lancer à la figure des personnes qui leur déplaisent, les contrarient ou leur font des représentations.

Dans la nuit du 21, la garde qui était près de son lit s'aperçut qu'il parlait d'une manière raisonnable; le matin, lorsque je le visitai, il était tranquille, répondait avec exaltation, mais d'une manière juste, à toutes les questions que je lui adressais, et reconnaissait les diverses personnes qui l'entouraient. Ce jeune homme me dit que, sentant bien qu'il ne se relèverait pas de cette maladie, il me suppliait d'envoyer chercher un prêtre et quelques personnes de sa famille qui se trouvaient à Paris, dont il me désigna les noms et les adresses. A leur arrivée, il se montra fort attendri, s'entretint avec elles de ce qu'il éprouvait, des choses qui les touchaient, et montra beaucoup de bon sens; il remplit également ses devoirs religieux avec une grande présence d'esprit.

Cette lucidité, qui avait duré près de douze heures, s'affaiblit; l'émotion de la famille, celle de la cérémonie religieuse, peut-être même la marche de la maladie, ramenèrent des accès de délire d'abord fugaces, mais qui bientôt devinrent permanents.

Le 23, tous les symptômes alarmants avaient reparu; il criait, gesticulait, se mettait en fureur, lorsqu'on voulait le faire boire;

dans la soirée, il commença à ramener continuellement son drap vers lui; à chaque instant, il faisait le mouvement d'un homme qui cherche à saisir des corpuscules qui voltigent dans l'air. (Bain de deux heures avec affusions froides, lavement de camphre, de musc et de laudanum, deux vésicatoires aux jambes, eau de sedlitz.)

Le 24, la gravité de son état avait augmenté; l'agitation avait été remplacée par le coma; la carphologie et le crocidisme continuaient par intervalles. Un symptôme d'un fâcheux augure s'était montré; les yeux fixes; dilatés, enfoncés dans l'orbite, étaient remplis d'une mucosité purulente; la voix était altérée, rauque; le pouls avait perdu de sa fréquence (96 à 100 pulsations). Le visage et le corps avaient subi un amaigrissement considérable; la langue était sèche, couverte d'un enduit noirâtre; les lèvres étaient également sèches et brunâtres. Dans cette journée, le malade but sans le secours de la sonde. Dès le 23, nous avions porté un pronostic très grave.

25. Le pouls, très petit, a acquis une très grande vitesse; il bat 140 fois par minute; la matière purulente des yeux est très abondante; c'est en vain qu'on l'enlève à l'aide de lotions de guimauve, elle se reproduit avec une extrême rapidité. Le facies a pris l'expression hippocratique, la mort est imminente; à trois heures du matin, il expire, ayant recouvré depuis quelques heures sa connaissance, mais sans pouvoir articuler d'une manière intelligible; une fois seulement, il m'a dit qu'il se trouvait bien.

On a vu, au commencement de cette observation, que ce jeune homme avait été sur le point de se noyer, et que nous pensions que cet accident avait été la cause principale de sa maladie. Ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que, pendant presque tout le cours de ses souffrances, il ne cessa de demander à grands cris qu'on éloignât l'eau qui s'approchait et gagnait son lit. *Otez donc*, s'écriait-il d'une voix lamentable, *cette eau qui monte, qui m'étouffe; elle m'emplit la poitrine!* et, avec son

doigt, il désignait l'objet qu'il croyait voir. Près de mourir, cette idée le tourmentait encore de temps en temps.

La frayeur a plus d'une fois déterminé la folie; nous avons dans notre établissement un homme qui y est entré en 1792 par suite de la terreur que lui causa le grognement brusque d'un individu déguisé en ours, dont les deux pattes venaient de se poser sur ses épaules. L'impression fut si grande que l'intelligence s'arrêta frappée de stupidité; et depuis ce moment, cet homme, qui exerçait la profession de jardinier, est resté imbécile, imitant dans sa démarche le balancement de l'ours. Dans la famille même de M. R., nous avons recueilli un fait qui, sans avoir la gravité du précédent, n'en est pas moins intéressant. M. C., chargé dans Paris de fonctions importantes, qui demandent beaucoup de sang-froid, d'habileté et de courage, était à se baigner avec plusieurs de ses camarades; un de ceux-ci disparaît tout-à-coup; M. C. vole à son secours; en plongeant, il s'engage sous un train de bois; dans ce terrible moment, il ne perd point la tête; mais, pensant que ses amis vont venir le chercher aux environs de l'endroit où il s'est enfoncé, il s'arrête aussitôt en se cramponnant à la première pièce de bois qui lui tombe sous les mains.

Tout se passa comme il l'avait prévu: il put même reprendre presque aussitôt ses exercices de natation dans l'intention de montrer à ses camarades qu'il n'avait point eu peur; mais, en rentrant chez lui, il eut une violente attaque de nerfs qui dura fort longtemps. Depuis cet événement, il n'a pu souffrir aucune promenade sur l'eau; il ne traverse les ponts suspendus qu'en fermant les yeux pour ne pas voir l'eau couler; il n'entre dans une baignoire que par degrés; s'il veut surmonter cette frayeur, il a des étourdissements, des vertiges, et il éprouve un sentiment de malaise dont il n'est pas maître. Ce même homme a donné, dans maintes circonstances, des preuves du plus grand courage.

La cause de la maladie de M. R. nous paraît donc avoir été une forte terreur; c'est un nouveau point de contact avec la

folie. Son début instantané a présenté la plupart des symptômes de la méningite : état brillant des yeux, agitation extrême, exaltation de la sensibilité, accélération du pouls, délire général; mais, dès le début aussi, on a noté l'horreur des boissons, et la lutte qu'il fallait soutenir avec lui pour lui faire prendre ses tisanes était réellement effrayante. Cette répulsion pour les liquides persista pendant une grande partie de la maladie. Le délire fut d'abord bruyant, général, continu, puis silencieux, taciturne, éloigné, comme on l'observe dans les deux périodes d'excitation et de coma, avec cette particularité, toutefois, qu'il y eut prédominance d'une idée, et que le malade put recouvrer pendant douze heures l'usage de ses facultés intellectuelles. Cette absence des symptômes, en présence de la lésion qui les détermine ordinairement, est un fait digne de la plus grande attention; leur connexion n'est donc pas tellement intime qu'ils ne puissent s'isoler l'un de l'autre, ou plutôt l'élément pathologique n'est donc pas le seul dont il faille tenir compte dans les maladies.

De toutes les observations de délire aigu que nous avons recueillies, celle de M. R. est la seule où nous ayons noté l'hémorrhagie nasale, la carphologie et le crocidisme, qui, unis au trouble des facultés intellectuelles, à la fièvre ardente, au rire sardonique et au pouls petit et fréquent, constituent l'ensemble des symptômes de la frénésie décrite par Cœlius Aurelianus. Isolée, l'observation de M. R. pourrait être prise pour une méningite; mais son analogie avec plusieurs faits semblables où il n'existait rien du côté des membranes et du cerveau, la cause présumée du dérangement de l'esprit, la prédominance d'une idée fixe, la forme du délire, qui, tout en ressemblant à celui de la méningite, en différait cependant par une foule de traits faciles à saisir pour le médecin d'aliénés; le refus prolongé des boissons, l'action de vouloir mordre, la mucosité purulente des yeux, ne nous permirent point de voir autre chose dans ce fait qu'un cas de délire aigu. Nous regrettons de n'avoir pu faire

l'autopsie; mais les lésions pathologiques n'auraient pu changer notre manière de voir. Familiarisé avec la clinique, nous avons, depuis vingt ans, assez vu d'hyperémies, d'arachnitis, d'encéphalites, pour affirmer que, si le délire aigu a des points de contact avec les maladies des méninges, il en diffère cependant par des caractères si tranchés, qu'il y aurait de l'ignorance à les confondre.

Le traitement varia suivant les indications; chaque médication nouvelle, basée, il est vrai, sur la symptomatologie, parut enrayer la marche du mal; mais presque aussitôt il reprit avec plus de violence. Lorsque M. R. nous fut amené, il avait été saigné une fois, et avait eu deux applications de sangsues. Nous aurions recouru de nouveau à ce moyen, si la maigreur et la constitution faible du sujet, la teinte jaune plombée de son visage, l'expression sinistre de ses yeux, la petitesse de son pouls, ne nous eussent semblé autant de contre-indications.

Les bains et les affusions froides produisirent plusieurs fois une sédation marquée; les purgatifs eurent aussi un effet favorable; mais la difficulté qu'il y avait à les introduire par la sonde ne nous permit pas de recourir à ce médicament, autant que nous l'aurions désiré; par la même raison, les tisanes, qui sont si utiles dans ces grandes exaltations, ne purent être données que d'une manière fort incomplète, et en très petite quantité.

Faut-il attribuer à l'usage du camphre et du musc la rémission remarquable qui eut lieu chez notre malade? Plusieurs exemples semblables nous autorisent à le penser: aussi n'hésiterions-nous pas à les prescrire en pareille circonstance.

Quelque grave que soit le délire hydrophobique, il peut quelquefois se terminer par la guérison; les deux observations suivantes en sont une preuve convaincante.

X. *Délire aigu; convalescence; mutisme.*

Le 15 février 1841, on conduisit dans mon établissement une demoiselle âgée de quarante et un ans, brune, forte, de bonne taille. Depuis trois mois, cette malade dormait peu, et avait souvent des insomnies. Il y a huit jours, elle se plaignit de malaise, et cessa, quatre jours après, de parler; comme elle ne voulait rien prendre, et que son état s'aggravait, M. Cruveilhier fut prié de venir la voir; ce médecin, après l'avoir examinée, reconnut qu'il existait des signes de congestion et de fièvre, et voulut lui pratiquer une saignée; mais elle opposa une telle résistance, qu'il fut obligé de renoncer à cette opération; ce fut alors qu'il donna le conseil de la transporter dans ma maison.

A son arrivée, il fallut la porter dans sa chambre; elle restait immobile dans la position où on la mettait; si on l'avait placée debout, elle serait tombée comme une masse; le pouls était accéléré (100 pulsations), mais un peu mou; la peau chaude, le regard tellement sinistre, que je n'en avais jamais observé de semblable. La malade ne répondait à aucune question. Par moment, ses yeux, qui étaient habituellement fixes, se tournaient vers les assistants; mais elle les détournait lorsqu'on l'examinait. — Immédiatement couchée, elle resta jusqu'au lendemain sans changer de place, laissant aller ses urines sous elle.

Le 16, au matin, je la trouvai très colorée; les yeux fixes et sinistres, la peau chaude, le pouls fréquent, assez plein; elle ne voulait ni parler ni prendre de boisson, et ne faisait aucun mouvement. — Je lui pratiquai une saignée de trois palettes. Deux heures après, je lui injectai par la sonde œsophagienne 15 centigr. d'émétique et 60 centigr. de calomel; la malade, jusqu'alors si immobile, fit une résistance désespérée, et poussa des hurlements; ses yeux devinrent brillants, rouges; dans cette lutte, elle réussit à renverser la moitié du vase. Pendant toute la journée, elle ne voulut pas boire (ce refus durait depuis six

jours); mais, quelques heures après la saignée, les yeux perdirent leur expression sinistre. La nuit fut assez tranquille.

Le 17, elle fut mise dans la baignoire, de force, après une nouvelle lutte. Quelques instants après, je lui proposai de boire; j'avais ma sonde œsophagienne à la main. Quoiqu'elle ne parût prêter aucune attention à ce qui se passait autour d'elle, je la prévins que, si elle ne buvait pas de bonne volonté, j'allais recourir au moyen de la veille. Après cette allocution, j'approchai le vase de ses lèvres; elle avala d'un seul trait la boisson, qui contenait 15 centigr. d'émétique et 60 centigr. de calomel. Dans le bain, elle eut quelques nausées, et rendit une énorme quantité de matières fécales. Ces évacuations amenèrent une amélioration dans l'expression de la figure; et, à partir de ce moment, cette demoiselle consentit à boire, sans qu'on fût dans la nécessité d'employer aucune menace. (Limonade.)

18. Toujours même silence; le regard est morne, la pupille tantôt dilatée, tantôt rétrécie; la peau chaude, brûlante; la face colorée aux pommettes; le pouls bat de 110 à 115 fois par minute, mais il n'est point plein. La malade se laisse aller sous elle; elle a des évacuations abondantes; elle expectore des crachats filants, collants, qui lui restent autour de la bouche. Quoiqu'elle ne réponde pas, elle a changé de position, sur la demande de sa garde. L'expression de la face, quelques uns des symptômes, me font redouter le caractère pernicieux. (Le soir, 90 centigr. de sulfate de quinine.)

19. Insomnie continuelle; les crachats sont encore moins facilement rejetés; 115 pulsations; évacuations verdâtres, involontaires; peau chaude et sèche. Cette demoiselle reçoit la visite d'une personne qui a la plus grande influence sur elle; malgré ses prières, ses questions, ses demandes, elle n'obtient ni un regard ni une parole. — D'après les renseignements qui me sont communiqués, j'apprends que, depuis plusieurs mois, elle ne pouvait rester en place; à peine était-elle installée dans un endroit qu'elle demandait à aller dans un autre; les fonctions

qu'on lui confiait étaient répudiées pour de nouvelles; mais, dans quelque situation qu'elle fût, son air de mélancolie frappait tout le monde. Les personnes qui la connaissent attribuent à la jalousie l'origine de sa maladie.

20. L'état fébrile est toujours le même. (90 centigr. de sulfate de quinine, limonade.)

21. La journée a été plus tranquille, l'expression de la figure meilleure; les yeux se fixent davantage sur les personnes et les objets; mais, pendant la nuit, la face s'est fortement colorée, le pouls a pris de la plénitude et de la fréquence, la peau est devenue très chaude; la malade boit aussi souvent qu'on lui présente le vase; elle ne veut que de la limonade (Même médication.)

22. Mêmes accidents pendant la nuit; pour opérer une dérivation sur les intestins, je prescris 15 centigr. d'émétique dans du bouillon aux herbes; la malade ne prend cette boisson qu'avec répugnance, et vers le milieu de la journée, elle refuse d'en boire davantage; son silence est toujours aussi obstiné; aucune question, aucun subterfuge, ne peuvent vaincre ce mutisme; une seule fois, elle me parut disposée à le rompre, mais elle reprit aussitôt son immobilité habituelle. L'émétique n'a déterminé aucune évacuation. (Limonade.)

23. L'expression de la physionomie est un peu plus naturelle; les yeux ont plus de vivacité; la malade change de temps en temps de position; elle boit un peu, mais sans cependant se servir de ses mains; le pouls est un peu moins fréquent, la peau moins chaude, la langue un peu blanchâtre.

24. Le mouvement fébrile a cessé, le pouls est petit et lent; la malade prend un potage.

25 et 26. Amélioration de plus en plus marquée; elle fait plusieurs repas dans la journée, mais on est obligé de lui donner les aliments; elle ne répond à aucune des questions qui lui sont adressées, quoiqu'elle entende; car, lorsqu'on lui dit de montrer

sa langue, de présenter la main, elle la tire immédiatement, et donne aussi la main.

Cette nuit (27), je l'ai trouvé éveillée à une heure du matin, le pouls normal; elle m'a regardé sans étonnement, et ne m'a point dit un mot. Les règles ont un peu coulé; leur influence a été nulle.

4 mars. La malade fait chaque jour des progrès vers le mieux; elle consent à se mettre sur le bassin, à marcher, à prendre des aliments; ces améliorations sont successives; il est impossible de mieux comparer cette demoiselle qu'à la statue de Condillac, qui s'animait par degrés.

Le 8, elle quitte l'établissement, très calme, buvant, mangeant et dormant bien, mais gardant toujours le même silence.

A la lecture de cette observation, on est porté à admettre une méningite ou une méningo-céphalite. L'état aigu est manifeste; il y a fréquence du pouls, chaleur et sécheresse de la peau, coloration de la figure, injection des yeux, marche et terminaison rapides de la maladie; en un mot, tout le cortége des affections aiguës. D'un autre côté, l'expression des yeux, le mutisme opiniâtre, les évacuations involontaires, le refus des boissons et des aliments, auquel succède une apathie qui exige qu'on l'alimente comme les paralytiques, révèlent une maladie du système nerveux. Mais, je le demande, est-ce là la forme des inflammations des méninges et du cerveau? Évidemment, non. Quant aux points de contact que ce délire présente avec la fièvre ataxo-adynamique, il suffit de dire que l'absence de la stupeur typhoïde, des pétéchies, des sudamina, du gargouillement, des évacuations non provoquées; la durée du mal, sa terminaison insolite, ne permettent point de confondre ces deux affections. Ce que l'examen le plus attentif nous montre, c'est une réunion de symptômes aigus et cérébraux, mais sans dénomination dans le cadre nosologique actuel.

Au début de cette affection, nous avons fait usage de la saignée et des dérivatifs; mais, en nous rappelant la terminaison

si rapidement funeste de ces sortes de maladies, leur caractère pour ainsi dire pernicieux, nous avons eu promptement recours au sulfate de quinine, qui nous a presque toujours procuré des rémissions marquées, et qui plusieurs fois a eu sur la marche de ce délire une influence heureuse. — Je ferai observer, relativement au mutisme obstiné de cette demoiselle, symptôme qu'on observe souvent dans les maladies mentales, que je l'attaquai par tous les moyens que mon esprit put trouver: contrainte, menaces, conseils, consolations, influences extérieures, surprises, rien ne put lui faire prononcer une parole. Il est presque certain pour moi que les tourments qu'on infligeait autrefois aux malheureux patients n'auraient pas eu plus d'action sur cette demoiselle. Ce rapprochement pourrait nous conduire à des considérations psychologiques qu'on entrevoit facilement; mais elles appartiennent à un autre genre de questions que nous traiterons ailleurs.

XI. *Délire aigu hydrophobique à type maniaque, puis monomaniaque, avec refus des aliments et des boissons; accidents nombreux; tentatives de suicide; guérison.*

Madame P., âgée de vingt-trois ans, grande, forte, lymphatico-sanguine, née et domiciliée à la campagne, était depuis quatre mois nourrice sur lieu sans qu'on se fût aperçu d'aucune inégalité dans son caractère, lorsqu'il y a trois jours, on remarqua qu'elle allait et venait à chaque instant sans pouvoir rester en place; elle tenait des discours incohérents, parlait de la caisse d'épargne. Cette femme voulait sans cesse confier un secret à sa maîtresse; mais, lorsqu'on la pressait, elle ne pouvait rien articuler de précis. La veille de son entrée dans ma maison, elle se mit à déraisonner complétement; elle se plaignait, criait, demandait son petit cousin. Madame P. fut amenée le 7 juin dans mon établissement, présentant les signes d'une vive excitation cérébrale; elle s'agitait continuellement, ne reconnaissant

aucune des personnes avec lesquelles elle était habituée à vivre; elle appelait son petit cousin, demandait un confesseur, et refusait avec opiniâtreté les boissons qu'on lui offrait. Immédiatement placée dans un bain, où elle resta trois heures et demie, elle en sortit un peu plus tranquille, mais persistant à ne vouloir rien prendre.

La nuit fut peu agitée; elle avait pris le soir une potion calmante avec 30 gouttes de laudanum. Le pouls était mou, mais fréquent (120 pulsations). La malade urinait dans son lit. En interrogeant les personnes qui l'avaient amenée, nous apprîmes que, depuis quelque temps, son lait diminuait, et que cette idée l'avait beaucoup tourmentée; elle pensait qu'elle allait perdre sa place: aussi voulait-elle se faire bonne d'enfants. Cette pensée était déraisonnable; car son mari était propriétaire et jouissait d'une honnête aisance. Il paraîtrait que cette femme avait la tête faible; nous avons appris plus tard qu'elle avait éprouvé un grand chagrin.

Le 8, dans un violent accès de délire, elle se met à crier qu'elle voit les démons autour d'elle. Retire-toi, Satan! ne cesse-t-elle de répéter. Sa figure est vultueuse, son regard fixe, sa pupille immobile, dilatée. Je lui pratique une saignée de deux livres; 30 sangsues sont appliquées aux parties latérales du cou; des affusions d'eau froide sont faites sur la tête. Le sang de la saignée se prend en caillot, offrant çà et là quelques points couenneux, mais nageant dans une sérosité abondante. Le 9, même état, refus des boissons. J'injecte quelques verres de tisane à l'aide de la sonde œsophagienne. La malade tient les yeux habituellement fermés, et contracte fortement les paupières lorsqu'on cherche à les ouvrir. (Grand bain de 5 heures, affusions froides renouvelées). La malade rejette à différentes reprises par la bouche des mucosités spumeuses, et, pendant quelques instants, elle crachote sans interruption. Le délire continue; elle demande à haute voix son confesseur, son maître, ses enfants, sans reconnaître personne. Sa tante vient la voir;

elle lui crache au visage. Sa figure a beaucoup maigri. — Cette femme, qui a été élevée dans des principes religieux, reflète dans son délire l'empreinte de ses pensées habituelles; à tout instant, elle s'écrie : *Au nom du Père et du Fils et du Saint-Esprit!*

10. La malade crie toute la nuit : *Retire-toi, Satan!* il est probable qu'elle croit voir la figure du démon et qu'elle cherche à le chasser par ses fréquents signes de croix (Purgatif avec 60 gram. de sulfate de soude, 10 centigr. de jalap et 10 centigr. d'émétique. Lavement avec les follicules de séné et le sel de Glauber). Il y a quelques évacuations. Le pouls est à 120 pulsations; la figure est colorée, les yeux injectés (Saignée de bras, 25 sangsues au cou, compresse permanente d'eau froide sur la tête). Les symptômes deviennent si alarmants qu'on lui administre les secours religieux.

11. Une amélioration notable a lieu pendant la nuit. Le délire continue; mais par intervalles, elle reconnaît les personnes; son œil perd de temps en temps sa fixité; elle consent à boire. (Deux vésicatoires aux jambes.) Elle répète souvent qu'elle a eu une maladie semblable à quinze ans, et que si on l'avait saignée, elle aurait été immédiatement guérie. — 12. Le mieux se soutient; la langue et les lèvres, qui s'étaient séchées, deviennent humides; l'œil n'a plus l'injection des jours précédents. Le soir, la face se colore de nouveau, il y a un redoublement; la nuit est cependant assez tranquille; la malade boit beaucoup. — 13. Madame P. est assez calme; elle me prend pour M. Blache, qui l'a placée dans ma maison; ses yeux sont parfois fixes; une mucosité purulente commence à se former dans leurs angles; la face est très injectée; le délire est paisible. (Tisane d'orge miellée avec 30 gram. de sulfate de magnésie; 6 sangsues à la partie supérieure des cuisses. Gémissements fréquents.

14. Il y a de l'agitation pendant la nuit; le matin, la face est très colorée, les yeux injectés; le pouls donne 150 pulsations par minute; la malade a bu, mais moins que le jour précédent.

(Saignée de trois poëlettes; deux heures après, le caillot est dense, recouvert d'une légère couche couenneuse; la sérosité modérée); l'injection de la face diminue. — 15. Refus des boissons, 140 pulsations; le pouls est petit, la langue naturelle, le ventre souple, point météorisé. (30 gram. de sulfate de soude, 10 centigr. d'émétique, 10 centigr. de jalap.) — 16. Même état, point d'évacuations. — 17. L'agitation continue; madame P. reconnaît cependant son mari et d'autres personnes; elle parle des affaires de sa famille. (Deux vésicatoires aux cuisses.)

18. La malade demande continuellement à boire; quand on lui donne de la tisane, elle la rejette ou n'en prend que très peu. (60 gram. d'huile de ricin par la sonde œsophagienne.) — 19. La médecine n'a rien produit; je fais mettre madame P. dans un grand bain; elle y reste plusieurs heures, vomit à différentes fois, et évacue une grande quantité de matières bilieuses, jaunâtres, verdâtres. — Après le bain, elle a quelques heures de sommeil. Le 20, elle boit plusieurs fois, ce qu'elle avait refusé de faire depuis trois jours; elle demande même à manger; mais son visage offre de l'étonnement; son pouls est petit, toujours fréquent; sa face se colore de temps en temps. — Dans la journée, la maladie change de forme; elle prend un aspect adynamique; l'œil est morne, la figure se colore fréquemment. Madame R. n'entend point les questions qu'on lui adresse; elle regarde autour d'elle d'un air hébété; le pouls est encore plus petit, mais toujours fréquent; la peau se refroidit; les dents et la langue sont à l'état normal; somnolence continuelle; éruption sur les fesses, les cuisses, de nombreux boutons qui se remplissent rapidement de pus, et forment, au bout de deux jours, de petites ulcérations blafardes, à bords d'un rouge livide. — (10 centigr. d'émétique, 60 centigr. de calomel, 4 gram. de sulfate de magnésie.)

22, 23. Même état. (Prescriptions semblables.) — 24. (60 gram. d'huile de ricin par la sonde; depuis le 21, nous sommes obligés de recourir à ce moyen.) La malade est toujours plongée

dans l'accablement; le pouls est petit et fréquent. Vers trois heures, elle a deux garde-robes abondantes. Le soir, elle reconnaît une personne qu'elle n'avait pas vue depuis le commencement de sa maladie, et répond aux diverses questions que je lui adresse d'une manière assez raisonnable. Son œil est bon, la langue est humide; elle la tire assez facilement.

25. L'état de stupeur persiste; même refus des boissons. La face et la tête sont chaudes, les extrémités froides; on dirait que la circulation s'y est ralentie. Consultation avec M. Récamier. Il est convenu qu'on lui donnera toutes les heures une cuillerée de la potion suivante: eau distillée de menthe, 180 gram.; valériane en poudre, 4 gram.; camphre dissous, 60 centigr.; ce moyen sera secondé d'un lavement dans lequel on mettra 120 gram. d'assa fœtida; le lendemain, la malade prendra 180 gram. d'eau de valériane, 20 centigr. d'extrait thébaïque, 60 centigr. d'extrait de quinquina et du sirop de gentiane; on l'alimentera avec du bouillon dès qu'on pourra.

30. La médication suivie n'a pas eu de résultats bien tranchés; l'état de madame P. persiste. Le pouls bat 100 à 102 fois par minute. La malade se pelotonne dans son lit; elle ne parle plus depuis plusieurs jours, et cependant elle entend; elle ne veut rien boire; il faut toujours se servir de la sonde. Après avoir pris deux bouillons et du vin d'Espagne, elle semble se réveiller de sa léthargie, et s'écrie, lorsque j'ai fini de lui donner à boire : *Verse encore.*

1^er^ juillet. La malade refuse le bouillon. Ce matin, je lui ouvre un énorme abcès au genou; elle a poussé un grand cri, en demandant ce qu'on lui faisait. Ses yeux et sa physionomie ont repris l'expression naturelle. Cet état s'est soutenu deux jours, puis elle est retombée dans sa somnolence; elle ne parle point, ne répond à aucune question, ne veut ni boire ni manger, reste toujours couchée sur le même côté, pelotonnée; le pouls varie de 92 à 96 pulsations; un air de stupeur est répandu sur la figure; la malade urine sous elle, va très difficilement à la garde-robe. Il se

forme de petits abcès au talon et dans la jambe droite. Je prescris pendant plusieurs jours des éméto-cathartiques, qui déterminent des vomissements et des évacuations abondantes. Ces effets sont toujours suivis d'une amélioration assez marquée; madame P. sort de sa torpeur, son aspect devient meilleur; elle parle de ses enfants, puis elle cesse de répondre, se pelotonne, et paraît de nouveau plongée dans la stupeur. Pouls toujours petit et fréquent. — Depuis vingt jours, cette malade ne prend rien naturellement; on est obligé d'introduire, plusieurs fois par jour, la sonde œsophagienne pour la faire boire et la nourrir.

Le 16, elle prend d'elle-même 60 gram. d'huile de ricin; six heures après, elle a un vomissement; le soir, elle rend une quantité prodigieuse de matières très bien moulées. — Le mouvement fébrile continue.

Nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas chez cette femme une diathèse laiteuse, qui compliquerait la maladie mentale : tous les organes ont été explorés avec le plus grand soin; aucun, à l'exception du cerveau, ne présente de lésion. Mais quelle est la maladie cérébrale inflammatoire qui, plus de deux mois après son invasion, est accompagnée d'un mouvement fébrile, sans qu'on observe aucun désordre caractéristique du côté de la sensibilité et de la mobilité? — Les symptômes que présente la femme P. ne se rapportent à aucune affection du cadre nosologique. L'œil est depuis quelque temps naturel; l'expression de la figure est souvent normale; seulement on observe un regard en dessous, qui a quelque chose de malicieux; c'est, en effet, ce qu'annonce la conduite de cette jeune femme. Ainsi, lorsque nous lui adressons la parole, elle ne nous répond pas, ferme les yeux, et semble ne pas nous entendre. Hier, elle a reçu la visite d'une dame qui lui apportait quelques friandises; elle est restée muette à toutes ses sollicitations. A peine cette dame a-t-elle été sortie, qu'elle a demandé avec vivacité, à son mari ce qu'elle avait apporté. — Il y a évidemment chez les femmes, à la suite des couches, une disposition humorale lai-

teuse, qui se manifeste par une foule d'accidents variés, dont les abcès, et en particulier ceux du sein, ne sont pas les moins remarquables. C'était aussi l'opinion de notre célèbre maître Dupuytren. Que de fois nous l'avons entendu appeler l'attention des praticiens sur ce sujet! Le mouvement fébrile de madame P. nous paraît tenir à cette diathèse laiteuse, dont l'économie n'a pu réussir à se débarrasser suffisamment. L'examen des parties génitales nous a présenté, à différentes reprises, une sécrétion d'un aspect tout particulier, et qu'on ne peut mieux comparer qu'à une crème épaisse qui aurait été étendue sur les parois du vagin. — Persuadé qu'en favorisant le travail de la nature par quelque suppuration artificielle, nous faciliterons la guérison, nous faisons de nouveau appliquer deux larges vésicatoires aux cuisses.

18. La malade a rompu le silence qu'elle gardait avec nous depuis vingt et un jours; elle est sortie de son état d'accablement et de stupeur, qui cessait par moments avec son mari. La dernière dose d'huile de ricin a déterminé d'abondantes superpurgations. (Lavem. de follicules de séné et de sulfate de soude.) Les dérivatifs sur le canal intestinal sont le moyen qui nous a le plus réussi; il était, d'ailleurs, indiqué par l'état de cette femme. Madame P. se trouve évidemment mieux; elle demande à manger, désire de la viande; mais le pouls est toujours petit et fréquent.

20. Cette disposition de l'organe circulatoire nous est expliquée par un abcès considérable qui s'est formé entre les deux plans musculaires de la jambe gauche; celle-ci est tuméfiée, mais on ne sent pas de fluctuation; la peau est rouge; le membre est couvert de cataplasmes.

22. Le volume de la jambe a beaucoup augmenté; il y a de la fluctuation. M. Breschet, appelé en consultation, pratique quatre incisions profondes sur les parties postérieures et latérales du membre; il en sort une quantité considérable de pus, d'abord bien lié, puis mêlé à du sang; l'abcès est situé profondément, et

son foyer est fort peu étendu. — La raison s'est notablement améliorée depuis la formation de l'abcès. Il est permis de penser que l'établissement des deux vésicatoires a hâté ou favorisé cette heureuse crise. — M. Guersant nous avait conseillé l'emploi de lavements au lait et à la mélasse.

24. Le pouls est enfin revenu à l'état naturel, pour la première fois depuis le commencement de la maladie.

25 et 26. Le mieux se soutient. La jambe est considérablement dégorgée; il coule encore un peu de pus par les ouvertures. — M. Donné, auquel j'avais envoyé une petite fiole de la matière des abcès, en le priant d'en faire l'analyse, m'envoie la note suivante :

Le liquide que vous m'avez donné à analyser est ainsi formé :

1° D'une très grande partie de globules de pus;

2° D'une assez grande quantité de matière grasse;

3° D'une certaine quantité de globules ayant le caractère du caséum.

Cette analyse semblerait annoncer qu'il y avait un des éléments du lait dans la matière sécrétée; mais la quantité en était trop peu considérable pour décider la question. C'est un point qui mérite l'attention des observateurs. — Le 2 août, madame P. va de mieux en mieux; elle se lève depuis trois jours; son appétit est bon. — Le 7, elle recommence à divaguer. — Le 8, nouvelle rechute; elle garde le silence et l'immobilité qui ont persisté si longtemps; elle refuse de boire et de prendre des aliments. (10 centigr. d'émétique, plusieurs vomissements.) — Le 12, potion avec 12 gouttes de teinture de musc. — 14, vésicatoire aux jambes; la malade renonce à son abstinence. Depuis le 15 jusqu'au 23, elle a plusieurs fois refusé la nourriture; il a fallu recourir à la sonde œsophagienne. L'idée du suicide est maintenant plus évidente; elle fait, à différentes reprises, des tentatives pour se frapper la tête, ou pour se noyer dans un seau; elle demande qu'on lui ouvre le puits pour s'y jeter. Nouvel en-

gorgement de la jambe, qui se termine par un abcès. Je continue l'emploi des purgatifs.

La malade ne veut se nourrir que de salade; le pouls reprend souvent de la fréquence, et la conserve pendant plusieurs jours; elle s'obstine à garder le silence, ou bien elle dit seulement quelques mots à la dérobée. Madame P. paraît plongée dans une espèce d'imbécillité; elle est triste, apathique, ne mange que de la salade, et boit seulement un peu de vin. Le pouls est petit et fréquent. Comme cet état se prolonge, et qu'il peut durer longtemps, j'engage la famille à la reconduire dans son pays; on la purgera plusieurs fois la semaine, on remplacera les vésicatoires par des cautères; de temps en temps, on lui fera prendre des bains.

Quinze jours après son départ, M. C., chez qui elle était nourrice, vient me donner de ses nouvelles. — Le voyage, qui a duré quatre jours, s'est très bien passé; elle mangeait des poissons et des légumes; mais à peine prononçait-elle quelques rares paroles. A son arrivée, elle a manifesté plusieurs fois l'intention de se détruire. Enfin, au moment où l'on s'y attendait le moins, elle s'est précipitée dans un puits. Tous ses parents et amis, accourus à son secours, ont été fort surpris de l'entendre crier du fond du puits *qu'on la retirât de là, qu'elle était guérie.* — A sa sortie, la raison présente un changement des plus extraordinaires : madame P. parle à toutes les personnes qui l'environnent, demande ses enfants, ce qu'elle n'a pas fait depuis plus de trois mois. De retour dans sa chambre, elle reprend ses anciennes habitudes, se livre à tous les détails du ménage; elle s'informe des personnes qui l'ont soignée, prie qu'on leur écrive, et qu'on les remercie. Les nouvelles qui nous sont parvenues plusieurs mois après, confirment le rétablissement complet de madame P. Trois années se sont écoulées depuis la maladie, et la santé est toujours parfaite.

L'impression morale paraît évidemment avoir été la cause de

la suppression du lait, et ces deux causes réunies ont poussé le développement du délire aigu. Le délire n'a point eu une terminaison aussi rapide que dans les cas précédents; mais il est probable que l'influence de la diathèse laiteuse lui imprima une marche différente. La forme que revêtit la maladie mentale, après la période d'acuité, a quelque chose de particulier et qu'on a rarement l'occasion d'observer; tantôt madame P. ressemblait à une maniaque incapable d'entendre ce qui se passait autour d'elle, ou à une monomaniaque qui avait formé le projet de se faire mourir; tantôt on l'aurait prise pour un enfant plein de malice, se faisant un secret plaisir de tourmenter ceux qui l'entourent et de s'en moquer.— Les tentatives de suicide qu'elle essaya de faire, celle qu'elle mit à exécution, sembleraient indiquer qu'il y avait une véritable pensée de mort dans les refus si souvent renouvelés de boissons et d'aliments. Cette intention nous a d'ailleurs paru positive chez plusieurs autres malades. Quant à l'événement qui lui rendit tout-à-fait la raison, il est assez remarquable pour que nous en fassions l'objet de quelques réflexions lorsque nous aurons terminé ce qui a trait à notre observation.

Le refus des boissons, marqué dès le début, présenta des intermittences fort singulières. Ainsi, dans les premiers jours, madame P. opposa la plus vive résistance à l'introduction des liquides; fixée sur son lit à l'aide de la camisole, elle se débattait encore avec tant de violence, qu'il fallait l'assistance de plusieurs hommes pour la maintenir immobile; c'est, au reste, ce qui nous est arrivé pour tous les malades de l'espèce. Cette résistance cessa tout-à-coup et la malade but; puis, pendant vingt jours, on fut obligé de se servir continuellement de la sonde. Pendant cette longue période de temps, madame P. se laissa placer plusieurs fois par jour l'instrument dans les fosses nasales sans en paraître impressionnée. La forme de la maladie avait à la vérité changé, puisqu'à l'excitation avait succédé un état en apparence adynamique, mais singulièrement modifié par l'affec-

tion cérébrale; un seul fait suffira pour en juger. Madame P., qui fut vingt et un jours muette pour nous et pour les personnes de la maison, faisait quelquefois à son mari des demandes très bien accentuées; elle restait ensuite cinq à six jours dans la même position sans lui dire une parole.

La présence d'un des éléments constitutifs du lait dans le pus soulèverait d'importantes questions si la quantité de globules trouvés avait été plus considérable, et si leurs caractères eussent été assez tranchés pour ne laisser aucun doute. Ce sujet n'en est pas moins digne de l'attention des praticiens, tant sous le rapport du rôle que joue la diathèse laiteuse dans l'économie et de la physionomie qu'elle imprime aux maladies, que de l'élimination du lait par les sueurs, les urines, les produits morbides.

Le traitement si souvent inefficace dans le délire aigu n'a pas obtenu ici un succès complet; mais il a rempli une indication importante, celle de faire gagner du temps. Sous ce rapport, il doit être examiné avec soin. Les émissions sanguines, générales ou locales, n'ont pas eu d'effet bien sensible; les purgatifs et les vésicatoires ont, au contraire, presque toujours produit de l'amélioration; mais, parmi les dérivatifs, les uns ont eu une action faible, les autres ont été avantageux; c'est ainsi, par exemple, que l'huile de ricin a déterminé de copieuses évacuations, tandis que l'émétique, le calomel, la magnésie, le sulfate de soude, ont été souvent nuls ou faibles. L'emploi des purgatifs, si utile dans une foule de maladies mentales, exige une étude préliminaire; il est des constitutions entièrement réfractaires à plusieurs de ces médicaments, qui cèdent à quelques autres. Purger les fous est souvent fort difficile, parce qu'ils ne veulent rien prendre; dans ce cas, le calomel, donné dans le café, est le moyen qui nous réussit le plus ordinairement.

On a vu que la guérison de madame P. n'avait été obtenue que par un accident qui avait dû occasionner une violente secousse et une forte émotion. Les annales de la science contiennent plusieurs faits semblables dont l'authenticité ne saurait

être contestée. Il y a quinze ans, dans un établissement d'aliénés dont nous étions le médecin, une dame, qui était folle depuis douze ans, trompa la surveillance de ses gardiens, et se précipita par la croisée; dans sa chute, elle se fractura la cuisse; le résultat de cet accident fut heureux pour elle, car elle retrouva complétement la raison.

On lit dans le journal de Vandermonde l'observation suivante : une maniaque, à laquelle on avait fait un traitement antiphlogistique énergique, ne présentant point d'amélioration, le médecin conseilla de la jeter à la rivière à l'improviste. Cet avis fut suivi, après toutefois qu'on eut pris la précaution de lui passer, sans qu'elle s'en aperçût, une corde autour du corps. Elle pleura en revenant à elle. Le lendemain, la malade demanda à être reconduite à la rivière; elle prit trois nouveaux bains, et, au bout de trois semaines, elle était radicalement guérie (1). L'observation de Willis, que nous rapporterons plus tard, est entièrement semblable.

Il y aurait beaucoup à dire sur ces faits, qu'un praticien prudent n'osera pas prendre pour guide, mais qui prouvent que de violentes secousses peuvent quelquefois rappeler la raison égarée. Lorsque tout est désespéré, lorsqu'un monomane suicide est dominé par la fatale idée de mettre fin à ses jours, ne pourrait-on cependant sortir du cercle habituel, pour recourir à des moyens inusités, qu'on modifierait suivant les circonstances, et qui pourraient être couronnés de succès?

L'obligation où nous sommes de nous renfermer dans les limites du volume de l'Académie nous oblige à supprimer plusieurs observations, et entre autres une qui se présenta sous le type intermittent. Pendant plusieurs jours, l'individu revenait à la raison, puis il retombait dans un accès de délire aigu.

Les différentes histoires que l'on vient de lire ont dû donner

(1) *Journal de Vandermonde*, t. LXIV, p. 47, année 1785. Observation publiée par M. Bonnard, chirurgien de l'hôpital de Pequigny-sur-Somme.

au lecteur une idée suffisante du délire aigu; il a devant lui les éléments de la question; mais, pour qu'il puisse se prononcer en toute connaissance de cause, nous allons maintenant lui présenter la partie synthétique, ou, en d'autres termes, recomposer la maladie à l'aide des faits particuliers.

La description des symptômes nous paraît devoir être faite la première; car, si le délire aigu doit être séparé des autres affections du même genre, c'est surtout dans la symptomatologie que doit être cherchée la cause de cette distinction. Examen des désordres de l'intelligence, de la sensibilité, de la mobilité et des autres fonctions, telle est la marche que nous allons suivre.

Lésions de l'intelligence. Délire. Le désordre des idées prend un caractère qui lui est propre. Il y a dans les traits, le mouvement des yeux, le geste, l'attitude, une expression sinistre qui révèle la nature du mal et sa gravité.

Le plus ordinairement, le délire n'arrive pas tout-à-coup; il est annoncé par des accès précurseurs, par un changement dans le caractère, les habitudes, les goûts. Plus ou moins longtemps avant l'explosion, on voit des malades, d'une humeur égale, devenir sombres, querelleurs, emportés, prodigues, avares, malhonnêtes. Les mêmes métamorphoses se manifestent dans le genre de vie; des individus, jusqu'alors indifférents en matière de religion, se livrent aux pratiques du culte les plus minutieuses; d'autres, habitués à remplir leurs devoirs avec la plus grande exactitude, ne s'en acquittent qu'avec nonchalance. Il en est qui montrent une grande exaltation dans tout ce qu'ils font; ils parlent avec une extrême volubilité; leur parole est brève, leur voix quelquefois changée. Plusieurs, longtemps avant la maladie, ont parfois de l'incohérence dans les idées. Il n'est pas rare que ce dérangement reflète la pensée intime, la passion dominante.

Ces signes précurseurs peuvent ne durer que quelques jours, quelques semaines, ou persister des mois, des années; soit que

les prodrômes aient existé, soit que l'invasion du mal ait lieu brusquement, le délire éclate.

Presque toujours, il est général, les idées vont, viennent, se pressent, se choquent, sans rapport entre elles, et sans liaison avec les objets extérieurs; c'est en vain qu'on cherche à frapper l'attention du malade, il ne répond pas aux questions les plus pressantes; il est sourd à la voix des parents, des amis, ou, s'il est un instant fixé, sa parole est brève, saccadée, et *la folle* du logis reprend sa course vagabonde. Les idées peuvent se succéder sans aucun ordre avec une rapidité telle, qu'on ne peut les suivre; les mots qui les expriment ont à peine le temps d'être prononcés, tant l'articulation est vive, abrupte, saccadée.

Quelquefois ce sont les mêmes paroles que le malade répète des journées entières, mais avec des particularités différentes; ainsi, après avoir dit, je suppose : *Paris, Rouen, sauvé, Jésus, Marie; Joseph, damné*, il recommence mille fois de suite cet exercice; ou bien il prend chacun de ces mots un à un, le prononce sept à huit fois de suite, passe aux autres, en faisant le même exercice pour tous. Quelques uns de ces malades font entendre, après chaque parole, un rire bruyant sardonique.

Quelque bizarre que soit cet assemblage d'idées, de mots incohérents, on remarque, chez la plupart des malades, que le délire révèle leur caractère, leurs habitudes, leur profession, la cause du dérangement de l'esprit; en un mot, porte l'empreinte des idées avec lesquelles le cerveau est le plus habituellement en contact. Chez les personnes religieuses, rien n'est plus ordinaire que d'entendre les noms de Jésus, Marie, Dieu, et cent autres expressions du même genre, dites d'une manière extatique, et comme si elles voyaient les cieux ouverts; un des traits distinctifs de ce délire, c'est l'abattement, le découragement profond dans lesquels il jette ces délirants; le plus grand nombre s'imagine être damné. « Perdue, perdue! ne cessait de crier l'une d'elles; je suis condamnée aux enfers. » Une autre nous affirmait

qu'elle voyait les démons autour de son lit. Toutes les sectes religieuses paraissent, dans ce genre de délire, être sous les mêmes idées de terreur; j'ai eu dans mon établissement un ministre anglican, qui disait dans son délire : *Enfer, enfer, je serai damné!* En ce moment, une dame grecque répète à chaque instant : *Je vais aux enfers!* Cette impression de terreur est en rapport avec l'air sinistre des yeux et de la physionomie.

Ce désordre de la raison, souvent effrayant par sa rapidité et sa violence, présente des intervalles, des rémissions dans sa marche. Le malade, tout-à-l'heure encore agité, furieux, sans l'ombre de bon sens, semble revenir à lui-même, répond aux questions qu'on lui adresse d'une manière juste, mais brève, comme s'il avait hâte d'en finir. — Quelquefois la connaissance n'est qu'en partie conservée; ses réponses raisonnables sont mêlées d'idées sans suite; on dirait que le délire n'abandonne le patient qu'à regret. — Les intervalles lucides peuvent être assez longs; un jeune homme, dont l'agitation était terrible, eut un retour à la raison qui dura quinze heures. Le délire est quelquefois intermittent.

Le délire aigu est le plus souvent bruyant; les malades crient, chantent, hurlent, s'emportent, menacent, injurient, cherchent à frapper, à mordre; il en est dont l'agitation et la fureur sont telles, qu'on les prendrait pour des enragés. Chez d'autres, les propos sont incohérents, semblables à ceux des maniaques, mais le délire est tranquille. Quelques malades sont alternativement bruyants et taciturnes. Il en est qui gardent un silence obstiné pendant toute leur maladie; d'autres qui ne veulent point parler aux personnes qui les entourent, mais rompent de temps en temps le silence avec un parent, un ami. — Une d'elles parlait la nuit, et se taisait dès que le jour arrivait.

L'air, la conduite de quelques uns de ces malades semblent annoncer qu'un sentiment malicieux dirige leurs actions; nous en avons vu qui nous regardaient en dessous, comme s'ils eussent attendu le moment où nous les aurions quittés, pour faire

ce qu'on leur avait demandé. A peine avions-nous le dos tourné, qu'ils parlaient ou buvaient; d'autres se glissaient hors de leur lit, pour faire leurs besoins dans les différentes parties de leur appartement. Un de ces malades cherchait à frapper dans les endroits du corps les plus dangereux.

L'idée du suicide s'observe dans quelques cas. Un de nos malades, au milieu de son délire, eut constamment cette pensée pendant les cinq derniers jours de son existence : insensible à tout ce qui se passait autour de lui, la peau brûlante, le pouls fréquent, il entrait en fureur dès qu'on voulait le faire boire; les seules paroles qu'il prononça, à deux ou trois reprises différentes, furent les suivantes : *Laissez-moi mourir.* Pendant toute la durée de sa maladie, quoiqu'il ne prît le plus ordinairement aucune boisson, qu'il eût la fièvre, il ne s'alita que le dernier jour.

Le délire aigu présente deux périodes assez bien tranchées : l'excitation et l'affaissement. La durée de la première varie suivant les individus; aussi, tandis que l'agitation persiste quelquefois jusque dans les derniers jours de la vie, elle peut s'arrêter presqu'à son début. Le plus ordinairement, elle se prolonge pendant une partie de la maladie, diminue d'intensité, et est remplacée par la période d'affaissement. Il est des personnes chez lesquelles on n'observe pas d'excitation; chez d'autres, elle a lieu d'une manière intermittente. — La période d'affaissement est quelquefois fort courte; elle arrive dans les derniers moments de l'existence; d'autres fois, sa durée est assez longue. Les nuances de cette période sont variables, suivant les idiosyncrasies; les uns restent couchés sans rien dire, ou marmottent quelques mots sans suite d'une manière presque inintelligible; les autres se parlent continuellement à voix basse, mais distinctement; il en est qui semblent se réveiller de temps en temps de leur accablement pour crier, injurier, vociférer. — Ordinairement, l'affaissement succède par degrés à l'excitation; il peut la remplacer brusquement.

Entre ces deux périodes, on remarque quelquefois un temps d'arrêt, une sorte de transition; on dirait que la nature épuisée a besoin d'un peu de repos. Cet état diffère de l'affaissement par l'expression de la physionomie, par l'ensemble des autres symptômes, qui annoncent seulement la fatigue, tandis que, dans la période d'affaissement, il y a quelque chose de typhoïde.

Lésions de la motilité. —Le système musculaire participe au dérangement des autres fonctions; il est exalté, perverti, affaibli. Au début de la maladie, la motilité prend un accroissement considérable; les individus, toujours agités, déploient une force extrême, ils luttent avec énergie. Une dame était si furieuse, que cinq hommes la maintenaient à peine sur son lit. Lorsque ces malades ne sont pas couchés, ils ne peuvent rester en place, marchent sans cesse, mordent, renversent, frappent; les obstacles les irritent. Un de ces délirants fut dans une agitation continuelle pendant dix jours; il criait, vociférait, sautait, essayait de franchir les murs, injuriait les personnes qui se trouvaient en contact avec lui, les frappait; et, pendant tout ce temps, il ne but que quelques verres d'eau et mangea deux ou trois fruits.

Le plus ordinairement, on est obligé d'attacher les malades; leurs mouvements désordonnés ne s'arrêtent point, ils sont quelquefois si rapides, qu'on a peine à les suivre; ils lancent leurs bras et leurs jambes dans toutes les directions, bondissent sur leur lit, se débarrassent de leurs couvertures, s'élancent au-dehors; il faut sans cesse les replacer.

Cet accroissement de l'action musculaire n'est le plus souvent qu'une exagération de l'état normal, comme on l'observe dans la colère, la fureur, l'ivresse; mais il arrive souvent aussi que les muscles entrent en convulsion. Cette perversion peut être générale, elle peut être locale; tantôt les yeux, la face, le corps, les bras et les jambes sont tous convulsés, tantôt le désordre est limité à une partie du corps.

Ces convulsions, surtout celles des yeux et de la face, sont quelquefois si rapides, que la vue en est fatiguée. Dans quel-

ques uns, elles consistent seulement dans des soubresauts des tendons.

Parmi les régions du corps qui sont plus particulièrement atteintes de convulsions, les mâchoires et l'œsophage méritent une attention particulière. Le grincement des dents est fort ordinaire chez quelques malades, et donne lieu à un changement continuel, semblable au bruit des castagnettes; plus souvent les dents restent fortement serrées, surtout lorsqu'on veut faire boire les malades. Le refus des boissons, si commun dans le délire aigu, nous paraît souvent tenir à un spasme de l'œsophage; l'éloignement pour les liquides, la longueur de l'abstinence, malgré la fièvre, les efforts pour rejeter, me paraissent autant de faits en faveur de cette opinion.

Il n'est pas rare de voir les convulsions se reproduire au moindre bruit, par exemple lorsqu'on entre dans la chambre du patient, qu'on approche de lui ou qu'on le touche. Elles ne sont pas toujours passagères: chez une demoiselle, la tête était renversée en arrière, le corps roide comme une barre de fer, et on aurait pu le soulever tout d'une pièce.

Les convulsions peuvent se montrer sous la forme épileptique, hystérique et cataleptique; ces deux dernières variétés ont surtout lieu chez les femmes.

Après une durée plus ou moins longue, les convulsions peuvent cesser tout-à-coup, et l'on voit des malades aller au bain sans presque être soutenus. Une personne qui avait eu un fort accès se trouva le lendemain en état de sortir et de passer toute la journée dans Paris. J'ai cité un malade qui fut dix jours dans cet état, sans cesser de marcher; je pourrais encore rapporter l'exemple d'un autre qui ne s'alita que quelques heures avant sa mort. Les rémissions sont très marquées; quelquefois l'agitation n'a lieu que la nuit, et cesse le jour.

Avec les progrès du mal, l'agitation se calme, les mouvements convulsifs deviennent de plus en plus rares; mais on les voit souvent se reproduire quand on veut faire boire les malades: nous

les avons observés dans les derniers jours de la vie, quoiqu'ils ne se montrassent plus depuis quelque temps.

L'exaltation musculaire, les convulsions, la contracture (1), n'arrivent pas dans tous les cas; il est des individus qui restent immobiles sans dire un seul mot; leur physionomie est triste, résignée, empreinte d'une mélancolie profonde; ils guérissent ou meurent sans avoir eu d'agitation, à moins qu'on ne les contrarie ou qu'on ne cherche à les faire boire.

Dans les cas nombreux de délire aigu qui ont été soumis à notre observation, nous n'avons jamais noté l'abolition complète de la motilité; la paralysie générale ou locale, que tous les nosographes rangent au nombre des symptômes de la méningite et de l'encéphalite, est donc un phénomène rare dans le délire aigu.

Lésions de la sensibilité. Une maladie dont le caractère dominant est l'exagération, doit offrir de grands troubles dans la fonction de la sensibilité; c'est aussi ce que montre l'observation. La plupart des individus atteints de délire aigu ont une exaltation extrême; ils ne cessent de gémir, de crier, de vociférer, de hurler. Ces cris sont presque toujours si aigus, si pénétrants, qu'on est forcé de les reléguer dans les endroits les plus reculés de la maison. Cette perversion de la sensibilité est surtout marquée dans les premiers jours; elle diminue peu à peu et cesse dans la deuxième période, quoiqu'il ne soit pas rare de voir des individus pousser encore des hurlements dans les derniers moments de leur vie. L'exaltation de la sensibilité explique l'agitation de la plupart des malades au commencement du délire, et le déploiement considérable de force qu'on remarque en eux.

Ce trouble peut persister pendant plusieurs jours; souvent, il offre des rémissions marquées; chez quelques individus, ce phé-

(1) La contracture nous paraît devoir se rapporter à l'encéphalite; quant aux convulsions, nous croyons qu'une distinction importante doit être établie entre les véritables convulsions et celles du délire aigu qui se rapproche du type maniaque.

nomène manque complétement; on les dirait frappés d'engourdissement, de torpeur, d'anéantissement.

Le bruit augmente fréquemment le désordre de la sensibilité. Des malades, qui étaient tranquilles, laissés seuls dans leur chambre, n'entendent pas plus tôt mettre la clef dans la serrure, qu'ils s'agitent, font retentir l'air de leurs cris, et ne se calment que lorsqu'on s'éloigne d'eux. Cette exagération de l'ouïe se remarque aussi pour les autres sens; il y a des malades qui se retournent dans leur lit pour ne pas voir la lumière. La sensibilité de la peau paraît aussi s'exalter dans quelques circonstances, car les malades sont agités de frémissements, de mouvements convulsifs, lorsqu'on les touche. Le plus grand nombre cependant se laissent palper sans rien dire.

Quelques uns de ces malades ont des hallucinations; ils voient, ils entendent des choses qui n'ont de réalité que dans leur cerveau. Une dame se débattait dans une angoisse affreuse, les flammes de l'enfer l'entouraient, les démons dansaient autour de son lit. Un jeune homme ne cessait de parler à des individus qui bourdonnaient à ses oreilles et qui affectaient de se tenir dans un coin de l'appartement; ce même homme poussait des cris continuels: L'eau monte à chaque instant, s'écriait-il, elle gagne mon lit et va m'étouffer. Un autre de ces malades, tourmenté par une semblable vision, s'était élancé sur une croisée, et il aurait pu se tuer, si on ne se fût empressé de le saisir.

Les illusions sont assez communes dans le délire aigu; les malades prennent les personnes qui les entourent pour des individus qu'ils connaissent, ou bien il leur semble que les figures sont étranges, qu'elles se transforment, qu'elles ont des expressions singulières. On observe également les illusions du goût et de l'odorat. Les boissons qu'on parvient à faire prendre aux malades sont souvent rejetées avec horreur, parce qu'elles sentent la fumée, que leur saveur est détestable; ils disent qu'on cherche à les empoisonner. J'en ai vu qui assuraient, au contraire, que

les tisanes avaient le goût des meilleurs vins et qui entraient dans des sortes d'extase en les buvant (1).

Quelquefois le trouble de la sensibilité est précédé de syncopes; à peine les malades sont-ils revenus à eux, qu'ils se mettent à crier, à s'agiter, à faire des menaces. A mesure que l'affection fait des progrès, l'augmentation de la sensibilité diminue, elle finit même par disparaître; mais on n'observe presque jamais alors cet anéantissement, cette stupeur qu'on a signalés dans la troisième période de la méningite.

Hydrophobie. Le caractère des symptômes qui viennent d'être étudiés a sans doute quelque chose d'assez spécial pour fixer d'une manière particulière l'attention sur le délire aigu; mais celui que nous allons maintenant examiner est si prononcé, qu'il suffirait à lui seul pour justifier la démarcation que nous avons établie entre cette maladie et les autres affections du même nom (2). Presque tous les individus que nous avons examinés ont éprouvé une répugnance plus ou moins forte pour les boissons. Chez les uns, elle se montre dès le début du délire; chez les autres, au bout de quelques jours seulement. On ne peut se faire une idée de l'énergie sauvage avec laquelle ces infortunés refusent les liquides, de quelque nature qu'ils soient.

On les voit contracter tous les muscles de la face, serrer les

(1) A. Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, ou *Histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme*. Paris, 1845, in-8°, page 278.

(2) Nous n'ignorons pas que les auteurs ont signalé l'existence de l'hydrophobie dans les maladies. On lit dans le *Nouveau traité de la rage*, par Trolliet : *L'hydrophobie dont les symptômes présentent le plus d'analogie avec la rage, est celle qui accompagne l'inflammation du cerveau. Les nombreux exemples de rage spontanée que rappellent les auteurs, ne sont à nos yeux que des phlegmasies ou des névroses avec horreur de l'eau.* — Dans notre *Histoire du choléra-morbus de Pologne*, nous avons rapporté deux observations compliquées d'hydrophobie. Mais il y a loin des faits isolés, souvent dissemblables, incroyables, à l'ensemble d'observations qui compose notre travail; le plus léger examen suffit d'ailleurs pour montrer les différences qui existent entre les recherches de ces auteurs et les nôtres; ajoutons, d'ailleurs, que plusieurs de ces observations se rapportent évidemment au délire aigu.

lèvres et les dents d'une manière convulsive, et avec une telle force, que rien n'est capable d'écarter les mâchoires. En vain leur pince-t-on le nez; en vain ferme-t-on hermétiquement les lèvres; rien ne peut vaincre leur résistance; ou s'ils ouvrent la bouche pour respirer, ce moment est si rapide qu'il est impossible d'introduire le biberon. Parvient-on à le placer entre les dents, ils le serrent, le mâchonnent et le déforment. Le liquide introduit est aussitôt rejeté par la bouche, les narines, lancé à la figure des assistants, ou bien il s'écoule par les angles de la bouche.

Pour échapper au contact du vase, non contents de serrer les dents avec un véritable grincement, ils tournent rapidement la tête de droite à gauche et de gauche à droite, sans rester un seul instant en repos, et parviennent à se mettre la face en dessous. — Nous en avons vu qui, au moindre bruit, contractent tous les muscles, comme s'ils avaient la certitude qu'on allait les faire boire.

Pendant la lutte qu'on est obligé de soutenir avec eux, leurs yeux roulent avec une vivacité inouïe, s'agitent convulsivement, sont hagards; la figure exprime la menace, le besoin de se venger, et plus d'une fois ils ont mordu ceux qui n'étaient pas assez sur leurs gardes.

Chez quelques personnes, cette horreur des boissons persiste pendant toute la maladie, et l'on voit des jeunes filles entrer en fureur et contracter les lèvres quelques heures même avant la mort. Une de ces malades agonisantes resta inébranlable, et elle expira sans vouloir rien prendre. — Cette persistance est un fait important, et que je n'ai observé dans aucune autre maladie cérébrale.

Il y a des individus qui répondent raisonnablement aux questions qu'on leur adresse; on croit que l'accès est passé, on s'empresse de leur présenter à boire; ils refusent avec la même énergie. Les prières, les supplications, les larmes, rien ne peut vaincre cette répugnance ou cette opiniâtreté. Chez d'autres, les menaces, les paroles dures, les douches, l'apparence de la colère,

n'obtiennent pas de meilleur résultat. Une de ces malades, que nous menacions fortement, nous répondit : *Frappez, mais je ne boirai pas.* S'obstine-t-on à les faire boire? ils se débattent, poussent des hurlements, et ressemblent à des énergumènes. L'aspect de la physionomie est véritablement effrayant. Tous les muscles de la face, du pharynx, sont sous l'influence d'un spasme; les efforts de contraction sont même sensibles à l'œil. Nous étions parvenu à faire boire, malgré elle, une de ces malades; pendant toute la journée, elle exécuta des mouvements qui indiquaient qu'elle cherchait à contracter les muscles de l'arrière-bouche pour déjouer nos efforts; en effet, le lendemain, le liquide reflua par les fosses nasales et la bouche.

Le refus des boissons peut durer plusieurs jours, et il est assez fréquent d'observer des malades qui n'ont rien bu depuis vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, et même depuis trois, quatre, cinq et six jours. Nous avons donné nos soins à une dame qui, pendant vingt jours, ne prit de liquide qu'à l'aide de la sonde œsophagienne. — Ce symptôme présente des rémissions plus ou moins marquées. Des malades, qui avaient rejeté tous les liquides, consentent à boire au moment où l'on s'y attendait le moins. Quelquefois, un mot, un souvenir, une influence quelconque, suffisent pour vaincre leur résistance : Buvez, au nom de votre mère, disait-on à une demoiselle fort religieuse; aussitôt sa figure prenait une expression de ravissement, d'extase, et elle avalait ce qu'on lui présentait.

Dans le plus grand nombre de cas, l'hydrophobie diminue avec les progrès du délire. Considéré sous le rapport de sa marche, ce symptôme peut persister pendant toute la durée du mal; le plus souvent, il est rémittent; quelquefois, il est intermittent. Un ministre protestant eut six attaques de délire aigu, avec refus des boissons chaque fois. Parmi les faits de ce genre, nous citerons le suivant : Une jeune demoiselle boit le premier jour avec avidité; le deuxième, la soif est moins prononcée; le troisième jour, après quelque hésitation, elle refuse obstinément de prendre aucune boisson. Pendant trois jours, elle accepte les tisanes, ou

les rejette avec colère; le septième, elle boit tout ce qu'on lui présente; le huitième, rien ne peut la décider à avaler les liquides; elle grince des dents, entre en fureur, lorsqu'on approche d'elle avec un verre, et s'enfonce brusquement dans son lit. Ce refus opiniâtre persiste les dixième, onzième et douzième jours, époque de sa mort. Moribonde, la face hippocratique, ne parlant plus, elle serrait les lèvres, et se détournait pour fuir le verre qu'on lui présentait.

Carphologie ou *Carpologie.* Ce symptôme, signalé par Arétée, n'a été noté par nous que deux fois dans quinze cas. Les individus qui en étaient affectés avaient une agitation automatique et continuelle des mains et des doigts, qui, tantôt semblaient chercher des flocons dans l'air, et tantôt roulaient ou palpaient de diverses manières, et sans but, les draps et les couvertures du lit. La carphologie alternait avec le *crocidisme;* le malade voulait continuellement enlever le duvet des draps et des couvertures. Ces symptômes n'apparurent que vers les quatre derniers jours du délire, et, dans les deux cas, les malades succombèrent.

Circulation. La fièvre accompagne toujours le délire aigu. Au commencement de la maladie, le pouls est souvent plein, dur et très accéléré; d'autres fois, quoique fréquent, il est petit et mou. Dans le cours du délire, il diminue de force, devient quelquefois petit, filiforme, insensible, puis il augmente de fréquence et de volume. — Dans la deuxième période, il est surtout faible et petit, quoiqu'il puisse rester accéléré et même plein. Dans les derniers moments de l'existence, il bat quelquefois avec une extrême vitesse, donnant de 140 à 150 pulsations. Chez un de ces malades prêt à expirer, toutes les artères furent agitées de battements précipités et tumultueux. — Le nombre ordinaire des pulsations varie entre 100 et 120. Plusieurs fois, nous avons remarqué que des saignées répétées et une diète prolongée n'avaient eu aucune influence sur l'accélération et la force du pouls; tel était le cas d'une jeune dame, à laquelle on avait pratiqué trois saignées, et qui ne mangeait pas depuis dix jours.

Lorsque la maladie a duré un certain temps, le pouls peut perdre sa fréquence, et présenter le rhythme normal; mais souvent alors il redevient rapidement fébrile. — La fièvre peut paraître cesser, se montrer de nouveau pour cesser encore chez le même individu. L'intermittence de la fièvre a été constatée par nous chez un malade qui eut cinq accès de délire. Dans les jours de calme, le pouls revenait à l'état naturel; il s'accélérait aux approches de l'accès, et conservait sa fréquence pendant toute sa durée. — En général, la nature des complications, l'âge, et surtout la constitution du sujet, influent sur la circulation d'une manière remarquable.

Facies. Dans les premiers jours de la maladie, la figure est ordinairement colorée, vultueuse; les yeux injectés. Cette coloration, qu'on observe dans le plus grand nombre de cas, peut manquer, et la teinte de la face est, au contraire, très pâle. — Quelquefois la figure est alternativement colorée et pâle. L'injection diminue peu à peu, et, vers la fin de la maladie, la peau prend une teinte jaunâtre, jaune paille, ou d'un blanc terreux. Chez plusieurs individus, la face devient hippocratique.

État des yeux. Les yeux révèlent la gravité du mal, et leur aspect suffit seul pour annoncer une affection cérébrale. Leur expression est généralement sinistre, et ce caractère est quelquefois si prononcé chez certains malades, qu'on dirait qu'ils ont fait un mauvais coup. Dans d'autres cas, ils prennent un air de malice. — Tantôt les yeux sont fixes, tantôt ils sont très mobiles, agités de mouvements convulsifs; ils se portent avec une telle rapidité de gauche à droite, de haut en bas, dans toutes les directions, qu'on ne peut les regarder sans fatigue. Dans quelques circonstances, ils sont injectés, sanguinolents, brillants, font saillie hors de l'orbite. Chez une femme, ils étaient alternativement ternes et brillants. Beaucoup de ces malades ont les yeux effarés, hagards, menaçants. La pupille est très fréquemment dilatée; lorsque la maladie est avancée, la dilatation diminue, et l'œil reprend sa dimension habituelle; la contraction peut se

montrer dès le début de l'affection. — La dilatation et la contraction de la pupille sont moins constantes que l'étrangeté du regard. — Enfin, il arrive quelquefois que les yeux, pendant le cours du délire, ne sont ni dilatés ni resserrés.

Lorsque le délire a duré quelque temps, les yeux perdent de leur éclat, de leur vivacité; ils deviennent ternes, s'enfoncent dans l'orbite, et, quelques jours avant la mort, on voit apparaître à leur centre une petite tache, un petit nuage, qui répond souvent à une dépression. A cette époque, l'œil est le siége d'une sécrétion muqueuse puriforme, qui, d'abord légère et limitée à ses angles, ne tarde pas à augmenter; les paupières sont fortement collées, et il faut les lotionner fréquemment avec de la guimauve, pour que le malade puisse les écarter. Ce signe est presque toujours fâcheux, car la plupart de ceux chez lesquels nous l'avons observé ont succombé.

La *langue* reste presque toujours très rude, et n'offre point de trace de rougeur, blanchit au bout de quelques jours. Elle peut se sécher, devenir collante, brunâtre. Nous l'avons vue chez un malade se sécher, prendre une teinte brunâtre, et se nettoyer plusieurs fois.

La *lèvre* et les *dents* ne présentent le plus ordinairement rien de particulier; mais, à une époque avancée de la maladie, elles se sèchent, brunissent quelquefois, et se couvrent fréquemment d'un enduit visqueux, collant, épais, jaunâtre. Les lèvres, agglutinées par cet enduit, ne peuvent que difficilement s'écarter, maintenues qu'elles sont par des filaments muqueux innombrables.

Les *oreilles* sont quelquefois chaudes et rouges. Chez un malade, elles se dressaient continuellement; on eût dit qu'il prêtait l'attention la plus grande à ce qui se passait autour de lui.

La *voix* participe aux souffrances de tout l'organisme; elle s'altère, devient rauque, s'affaiblit, prend un son particulier; son timbre est quelquefois fêlé. Elle peut être alternativement

naturelle et rauque. Dans quelques cas, elle s'éteint, et les malades sont complétement aphones. Cette abolition de la voix se remarque surtout dans les terminaisons fatales.

Nutrition. — Les facultés digestives sont presque toujours anéanties; non seulement l'appétit est complétement perdu, mais les malades semblent même éprouver une répugnance invincible pour les aliments; ils les repoussent, les rejettent et meurent sans avoir voulu rien manger. Quelquefois, cependant, ils prennent une ou deux fois ce qu'on leur présente, puis n'en veulent plus. Un d'entre eux, pendant huit jours, ne but que quelques rares tasses d'eau, mangeant de temps à autre des feuilles qu'il arrachait aux arbres. On fut obligé de lui mettre la camisole; malgré cette diète, il ne s'alita pas; le pouls battait 110 et 120 fois. A chaque instant il demandait à boire comme si un feu intérieur l'eût dévoré; mais, lorsqu'on lui présentait le verre, il le refusait en disant qu'il était empoisonné; et lorsque, vaincu par la soif, il était contraint de boire, il avalait le liquide avec précipitation et malgré lui. — La violence des symptômes, la marche rapide de l'affection, l'abstinence, amènent un amaigrissement presque instantané: aussi est-il arrivé plusieurs fois que les personnes qui avaient passé trois à quatre jours sans voir le patient avaient grand'peine à le reconnaître, tant il était changé. Ceux qui succombent sont réduits au dernier degré de marasme. Il ne faut pas croire cependant que tous les malades refusent constamment les aliments; plusieurs prennent ce qu'on leur présente, et paraissent le manger avec avidité. Il en est d'autres qui mangent par intervalles, et témoignent ensuite une extrême répugnance pour la nourriture.

La constipation est un phénomène presque constant dans le délire aigu : aussi faut-il recourir à des purgatifs énergiques, donnés à des doses élevées, pour obtenir des évacuations alvines.

Sécrétions. — Chez la plupart des malades, la peau est chaude, sèche, âcre, la transpiration arrêtée. Dans la dernière

période, la peau peut se couvrir d'une sueur glacée. Il y a des différences dans ce symptôme ; ainsi, la peau peut être moins chaude que dans l'état normal; elle peut être alternativement chaude et froide; quelquefois elle est prise d'un refroidissement subit. — Plusieurs de ces individus crachotent sans cesse; les draps, les couvertures, les murs, sont remplis de leur salive ou du mucus bronchique qu'ils lancent quelquefois par malice à la figure des assistants. D'autres fois, il se fait une sécrétion muqueuse par les narines, les oreilles; nous avons parlé de celle des yeux, nous n'y reviendrons pas. L'expectoration muqueuse des bronches est quelquefois comme purulente, et cependant, à l'autopsie, nous n'avons rien trouvé de spécial dans les canaux bronchiques. Dans quelques cas, l'expectoration consiste en une espèce de mousse fort abondante que les malades semblent rejeter par regorgement.

Un phénomène qui s'observe assez fréquemment chez ces sortes de malades, c'est une odeur fétide qui se répand dans l'appartement. Dans notre mémoire sur un projet d'établissement d'aliénés (1), nous avons appelé l'attention sur cette odeur qui nous paraît propre aux aliénés; elle provient de la transpiration, et est quelquefois si pénétrante que les murs, les meubles, les habillements, l'air de la chambre, en sont, pour ainsi dire, saturés. Cette fétidité peut aussi dépendre des exhalations pulmonaire, buccale, stomacale, et des déjections. Dans quinze cas de délire aigu, nous avons trouvé neuf fois l'haleine fétide, une fois acide et cinq fois nauséabonde.

L'hémorrhagie nasale, signalée par les anciens, n'a été notée que deux fois dans nos observations; elle était peu abondante, se renouvelait de temps en temps, et fut prise dans un cas pour une hémoptysie. Elle se montra après quelques jours de souf-

(1) Brierre de Boismont, *Mémoire sur un projet d'établissement d'aliénés*, couronné en 1834 par la Société des sciences physiques et naturelles de Bruxelles. (*Annales d'hygiène publique et de médecine publique*. Paris, 1836, t. XVI, p. 39 et suiv.)

france, et lorsque les symptômes inspiraient de l'inquiétude. Les deux individus succombèrent.

L'évacuation des matières fécales est presque toujours involontaire; il en est de même des urines. Un de nos malades fut affecté d'une paralysie de vessie qui dura huit jours, et disparut comme elle était venue. Les médicaments avaient été sans action; on se borna à vider l'organe au moyen de la sonde. — La rapidité de la marche du délire aigu n'a point permis de constater les troubles de la menstruation, excepté dans un seul cas, où il y eut suppression.

Décubitus. — Dans les premiers jours, les malades sont tellement agités qu'on est obligé de les fixer au moyen de la camisole; quelques uns cependant ne s'alitent pas, et marchent continuellement, quoique le mouvement fébrile soit élevé, qu'ils s'agitent, crient, et se refusent à boire ou à manger. Mais, lorsque le mal a fait des progrès, ils restent couchés sur le côté, pelotonnés, la figure tournée vers la muraille, comme s'ils recherchaient l'obscurité. Il en est qui ne cessent de glisser aux pieds de leur lit; en vain les remonte-t-on, ils reviennent à la position déclive.

Sommeil. — Dans une affection d'une nature aussi grave, il ne doit point paraître surprenant que le sommeil soit fort rare. Presque tous les individus atteints de délire aigu, à quelque époque du jour ou de la nuit que vous les visitiez, ont les yeux ouverts, ou, s'ils ont quelques moments de repos, leur sommeil est agité. Lorsque le délire a duré quelques jours, et que les symptômes d'acuité ont un peu diminué, les malades dorment un peu mieux; mais, le plus ordinairement, ce sommeil n'est qu'un accablement, une sorte d'engourdissement. Lorsque le sommeil se prolonge plusieurs heures, qu'il est calme, il peut être l'indice de la guérison.

Anatomie pathologique. — Si le délire aigu n'était que la méningite ou la méningo-céphalite, nous devrions retrouver dans les lésions anatomiques celles qui sont propres à ces deux ma-

ladies. Examinons les faits; ils se chargeront de répondre aux objections. Sept autopsies (1) vont nous servir à étudier cette question. La troisième observation (2), caractérisée par une durée de quatorze jours de maladie, avec les symptômes habituels de violence et d'agitation, donna pour résultats cadavériques : adhérence de la dure-mère aux os du crâne, sur la ligne médiane; arachnoïde blanchâtre et opaque, légèrement épaisse à la base; pie-mère injectée; point d'adhérences; substance grise légèrement injectée dans quelques points, offrant une teinte comme ardoisée; substance blanche sablée de sang, de consistance faible.

La quatrième observation est plus explicite; car il n'y avait aucune altération de l'arachnoïde et de la pie-mère; la consistance et la coloration du cerveau étaient normales. La cinquième n'est pas moins concluante, puisqu'il ne trouva aucune lésion dans le cerveau et dans les membranes, quoique le délire aigu fût enté sur une aliénation qui existait depuis douze ans.

Les individus chez lesquels on a noté ces lésions cadavériques, de peu de valeur, ont tous eu une maladie cérébrale qui a duré huit, dix, quatorze jours, avec agitation extrême, refus plus ou moins prononcé des boissons, fièvre, mouvements convulsifs et coma. Peut-on, avec l'hyperémie, bornée tantôt aux membranes, tantôt au cerveau et à quelques parties le plus ordinairement; peut-on, disons-nous, avec ce caractère anatomique, expliquer la cause de ces graves désordres de l'intelligence, de la mobilité et de la sensibilité? — Dans l'état actuel de nos connaissances, une réponse affirmative serait contraire aux plus simples notions.

Il y a plus : c'est que l'injection, la coloration rosée, le pointillé, le sablé, appartiennent à une multitude de faits différents; l'embarras de la circulation et de la respiration, l'agonie, déter-

(1) Le chiffre des autopsies s'élevait à onze; nous avons dû retrancher un certain nombre d'observations pour ne pas dépasser les limites qui nous étaient tracées.

(2) Ce sont les numéros d'ordre des observations contenues dans le mémoire.

minent l'injection du cerveau; dans un certain nombre de cas, l'ivresse a le même résultat; l'épilepsie produit des effets analogues. Dans la fièvre typhoïde, il arrive assez fréquemment que les méninges et le cerveau sont injectés, changés de consistance, sans qu'il y ait eu de délire, ou sans que le trouble de l'esprit ait offert d'analogie avec la maladie que nous décrivons. Depuis vingt ans, nous avons assisté aux autopsies faites par les médecins les plus distingués des hôpitaux, et souvent, après les affections cérébrales les plus compliquées et les plus diverses, nous n'avons trouvé pour toute explication que la couleur opaline des membranes, leur coloration rosée, l'injection du cerveau, de la sérosité, un peu plus de densité.

Enfin, et ce point est capital, il ne faut pas perdre de vue que, dans deux observations, on n'a constaté aucun désordre morbide.

L'épaississement, la couleur opaline de l'arachnoïde, ont été donnés comme des caractères de la méningite; ces altérations peuvent exister sans qu'il y ait jamais eu délire.

Les observations d'individus morts avec infiltration, épaississement, coloration blanchâtre des méninges, sans aucun désordre d'intelligence, sont nombreuses dans la science; il suffit, pour s'en assurer, d'ouvrir tous les cerveaux des cadavres transportés dans les amphithéâtres. On trouve sans doute aussi des lésions d'organes qui n'ont été aucunement soupçonnées pendant la vie; mais ces faits sont rares et dépendent souvent d'un examen superficiel, tandis que les changements indiqués, et qui devraient toujours se révéler dans un organe aussi important que le cerveau, sont au contraire fort communs.

Il ne faut pas d'ailleurs oublier que l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde se rencontrent chez les vieillards, chez les individus sujets depuis longtemps à de violentes céphalalgies, chez les personnes qui portent depuis plusieurs années un caillot, un foyer apoplectique, un ramollissement cérébral, qui sont mortes de manie chronique, de démence et de paralysie. M. Lélut a

trouvé ces deux altérations sur vingt-cinq cerveaux de suppliciés (1).

Poursuivons l'analyse des autres faits; ils sont au nombre de quatre. La sixième observation nous montre les os du crâne minces et faciles à briser. A peine la voûte du crâne est-elle enlevée qu'il s'écoule une assez grande quantité de sang; les glandes dites de Pacchioni sont très multipliées; l'arachnoïde est blanchâtre, épaisse antérieurement, injectée en arrière et sur les côtés; la pie-mère est sans adhérence avec la substance grise; celle-ci est dans l'état normal; la substance blanche est très sablée. La couche optique, de chaque côté, a perdu son aspect blanchâtre et poli; on dirait qu'elle a macéré dans l'eau.

Dans la septième, il existe une adhérence intime de la dure-mère aux os du crâne; l'arachnoïde est épaissie; la pie-mère, injectée, adhère à la substance corticale dans plusieurs points du sinciput; la couche superficielle de la substance grise est ramollie; sa consistance est celle de la crème; sa coloration est généralement rosée; la substance blanche est injectée; la partie postérieure de la couche optique est ramollie; les circonvolutions inférieures sont aplaties.

La huitième observation présente des altérations encore plus étendues. Les capillaires artériels sont injectés; les membranes adhérentes; la pie-mère, finement injectée, adhère dans une grande étendue à la substance grise; celle-ci, très ramollie, surtout antérieurement, s'étale sur la pie-mère comme une crème. La consistance générale du cerveau est plus mollasse. La substance corticale est très injectée; dans beaucoup d'endroits, l'injection est plus marquée; dans la partie contiguë à la substance blanche, les changements de texture, de coloration, l'adhérence des membranes, quoique existant dans toute la circonférence du cerveau, sont surtout prononcés en avant. La substance blanche

(1) *Examen anatomique de l'encéphale des suppliciés* (*Journal des progrès*, juin 1830).

est également injectée; mais cette teinte est plus marquée dans certains points.

L'appréciation des lésions cadavériques de cette seconde catégorie nous paraît d'une extrême importance. Dans une des observations, suivant l'opinion de plusieurs anatomo-pathologistes, il existe une lésion de l'arachnoïde, ou plutôt du tissu cellulaire sous-jacent; mais cette altération est déjà ancienne, c'est au moins ce que, dans l'état actuel de nos connaissances, son épaississement et sa couleur blanchâtre semblent attester. Point d'injection étendue des membranes, point d'adhérence avec la substance corticale, point de coloration morbide de cette dernière. La céphalalgie dont le malade était tourmenté depuis plusieurs années est, selon toutes les probabilités, le point de départ de la lésion des méninges. Quant à l'injection de la substance blanche, elle s'explique aussi bien par l'agonie que par l'agitation à laquelle le malade fut en proie jusqu'à ses derniers moments.

Les lésions d'une seconde observation consistent dans l'adhérence des méninges et le ramollissement de la substance grise; mais ces altérations sont aussi celles attribuées dans ces derniers temps à la méningite chronique, ou plutôt à la paralysie générale, quoique le malade n'eût aucun des symptômes de cette grave maladie; ajoutons qu'elles ont été également constatées dans la manie et dans d'autres affections qui n'ont aucun rapport avec l'aliénation. — Comment se fait-il, si cette lésion était ancienne, que M. B... ait pu vaquer à ses affaires jusque dans les derniers temps de sa vie? et si elle était récente, comment ne s'est-il alité que quelques heures avant de mourir? Ce n'est certes point la marche de la méningite chronique, ni celle de la méningo-céphalite aiguë. Il y a encore ici une autre question: les désordres constatés après la mort sont-ils cause ou effet du délire aigu? Un homme meurt de chagrin; à l'autopsie, on trouve de grands désordres dans les poumons et les voies digestives. Dira-t-on que ces changements de texture sont la cause du mal?

Le troisième cas est un argument en faveur de ceux qui

veulent que le délire aigu soit le résultat de la méningo-céphalite, quoiqu'il n'y eût pas plus dans ces cas que dans les autres de pus, d'exsudation purulente ou de fausses membranes. — Parmi les lésions que le scalpel révèle, il en est une qui n'a pas été indiquée: je veux parler de l'injection de la substance corticale du côté de la couche blanche, tandis qu'elle est très peu prononcée dans l'endroit où elle adhère aux méninges; mais ici revient la question que nous avons déjà posée, et sur laquelle nous insistons avec force: ces altérations sont-elles cause ou effet du délire? — Voulez-vous un exemple? Un négociant apprend à l'improviste qu'il est ruiné; il reste comme frappé de la foudre; sa figure pâlit, son regard s'éteint, il est mort. On l'ouvre, et l'on aperçoit dans le cerveau un vaste épanchement. La douleur morale a été sans aucun doute, dans ce cas, la cause de la lésion physique.

Le dernier cas de cette seconde catégorie a pour caractères anatomiques une injection et une friabilité plus grande des membranes avec ramollissement jaunâtre de la couche superficielle des lobes antérieurs. Mais comment se fait-il que cette lésion donne lieu, dans ce cas, au délire aigu, tandis qu'elle sera dans d'autres cas l'expression matérielle d'un ramollissement ordinaire, d'une méningite, d'une encéphalite, d'une méningo-céphalite, ou qu'elle entraînera seulement la perte de la parole, la prononciation forcée de quelques mots toujours les mêmes, enfin ne se révélera par aucun symptôme? Ce cas de délire aigu présente sans doute quelques uns des caractères anatomiques de la méningo-céphalite; mais sa physionomie et sa marche ressemblent si peu à cette dernière maladie qu'on est forcé d'avouer que ces deux affections ne sauraient être confondues.

Peut-on, d'ailleurs, admettre, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'il existe une inflammation aiguë des méninges, ou du cerveau, lorsqu'on ne constate pas un état semi-purulent du liquide encéphalo-rachidien, du pus véritable situé au-dedans ou au-dehors de l'arachnoïde, des épaississements

récents, et presque encore pseudo-membraneux du feuillet cérébral de cette membrane. C'est cependant ce qui est arrivé dans tous les faits que nous avons observés.

En résumé, le délire aigu peut ne laisser après lui aucun désordre anatomique. Dans quelques cas, il présente une simple injection des méninges et de l'encéphale; d'autres fois il est accompagné des lésions de la méningite chronique ou de la paralysie générale. Il peut aussi offrir quelques unes des altérations du ramollissement, de la méningite, de l'encéphalite et de la méningo-céphalite.

Les conséquences à tirer des faits précédents, c'est que le délire aigu, comme la folie, n'a pas de lésion qui lui soit propre. Les modifications de texture, de couleur, de consistance qui l'accompagnent quelquefois ne diffèrent en rien des altérations signalées par les observateurs dans la manie, la démence et la paralysie générale.

Ces états pathologiques n'étant eux-mêmes que les résultats de la congestion, de la méningite, de l'encéphalite et de la méningo-céphalite, il semble, au premier abord, naturel de conclure que le délire aigu et l'aliénation mentale ne sont que des inflammations des méninges et de la pulpe cérébrale. Cette conclusion, inadmissible par rapport à l'aliénation, n'est pas plus fondée relativement au délire aigu. Tout ce qu'on peut raisonnablement prétendre, c'est que ces diverses lésions morbides ne sont que les complications de la maladie qui fait l'objet de notre mémoire.

Pour compléter ces recherches sur l'anatomie pathologique du délire, nous allons donner un extrait des travaux de MM. Lelut et Calmeil, sur ce même sujet.

M. Calmeil a écrit sur les nécropsies du délire aigu des remarques qui donnent encore plus de force à notre opinion. La diversité des résultats fournis par les recherches cadavériques faites sur les cerveaux des délirants, dit ce médecin distingué, nous montre combien il est difficile d'apprécier les conditions

cérébrales du délire. Il est évident que les altérations que l'on a trouvées dans la plupart des cas étaient la cause de plusieurs symptômes, et non d'un seul. Ainsi, la réunion de ce phénomène avec plusieurs autres, et notamment avec le coma et les désordres musculaires, leur dépendance commune d'une même affection cérébrale, encéphalite, méningite ou autres, mettent à peu près dans l'impossibilité de déterminer la modification particulière du cerveau à laquelle est dû le délire.

On peut seulement présumer que cette modification est fort légère, et bien éloignée d'être ce qu'on appelle une *désorganisation*, si l'on tient compte des faits suivants : 1° le délire le plus complet de l'ivresse se dissipe en quelques heures en ne laissant qu'un peu de fatigue de l'organe; 2° toutes les fois que le délire a existé sans désordres musculaires très marqués, le cerveau ne présente qu'un peu d'injection, une consistance plus grande, une petite quantité de sérosité dans les ventricules, une injection de la pie-mère, quelquefois une infiltration de sérosité dans cette membrane; l'arachnoïde est plus rarement lésée. Les ouvertures de corps ne confirment point l'opinion des auteurs anciens et modernes qui ont prétendu trouver constamment la cause du délire et des convulsions dans une inflammation de l'arachnoïde. (*Dict. de méd.*, t. X, p. 26, art. *Délire.*)

M. Lelut, dans son article *Délire aigu* (1), a tracé, avec sa sagacité habituelle et son excellent esprit d'observation, les caractères de cette affection, qu'il sépare de la méningite, de l'encéphalite et de la manie aiguë. Dans le tiers des délires aigus, dit ce médecin praticien, je n'ai pas trouvé de lésions; le cerveau et ses membranes n'offraient aucun indice appréciable de phlegmasie. Dans les autres observations, l'injection, la rougeur des enveloppes n'étaient très vives, et manifestement inflammatoires, que dans cinq ou six cas au plus; mais surtout dans trois d'entre

(1) Lelut. — *Inductions sur la valeur des altérations de l'Encéphale dans le délire aigu et dans la folie.* Paris, 1836, in-8°.

eux, où la phlegmasie, bornée aux membranes cérébrales, était véritablement une méningite, et dans un dernier cas où l'inflammation existait dans l'encéphale à un degré au moins aussi élevé que dans ses enveloppes.

En définitive, ajoute M. Andral, dans les cas où le trouble de l'intelligence dépend d'une affection des méninges, la cause de ce trouble, pas plus que celle de la sensibilité ou de la motilité, ne peut être rapportée à une altération spéciale, soit par sa nature, soit par son siége, et toujours on ne peut se rendre compte de la diversité des lésions de l'intelligence, comme de celles de la sensibilité et de la motilité, qu'en en plaçant la cause dans la différence même d'impressionabilité du cerveau (1).

Somme toute, dit M. Falret, les causes organiques du délire sont tantôt inappréciables, et tantôt occultes; leur mode d'action reste complétement ignoré. Quant aux modifications encéphaliques, dont l'action nous paraît le mieux démontrée, il ne faut pas oublier qu'il n'y a qu'une connexion probable et non obligée entre elles et le trouble des fonctions (2).

Causes. Il n'est pas toujours facile de connaître les causes du délire aigu, parce que les malades ne peuvent rendre compte de leur état, et que, débutant souvent à l'improviste, le désordre intellectuel ne paraît pas se lier à des antécédents; mais lorsqu'on interroge soigneusement les parents, les amis, et le délirant lui-même, lorsqu'il peut répondre, on finit par acquérir la certitude que, dans le plus grand nombre de cas, l'affection a été précédée, favorisée ou produite par des maladies cérébrales, des accès d'aliénation, l'hérédité.

Ainsi, dans les observations que nous avons recueillies, on voit le caractère changer plusieurs semaines, plusieurs mois, et même plusieurs années avant l'apparition du délire. Il est des individus qui deviennent tristes, mélancoliques, qui sont tour-

(1) Andral, *Clinique médicale. Maladies de l'encéphale*, t. V, p. 204.
(2) Falret, art. *Délire. — Dictionn. des études médicales.*

mentés par des idées de suicide, et qui cherchent à les mettre à exécution. Un de ces malades éprouva pendant six mois l'envie de faire du mal à sa femme. Chez dix-neuf personnes que nous avons examinées, voici comment les choses se sont passées : sept fois le délire a éclaté tout-à-coup; dans les douze autres cas, le trouble intellectuel a toujours été précédé de prodromes plus ou moins longs.

Si l'on examine le mode d'agir des causes, on trouve que, sur dix-neuf cas, elles peuvent être réparties de la manière suivante :

Chagrins domestiques	4
Pertes de fortune	3
Temps critique	3
Frayeur	1
Jalousie, remords	1
Exaltation religieuse	1
Hérédité	1
Suppression de lait	1
Rhumatisme supprimé	1
Inconnues	3
	19

On ne peut s'empêcher d'être frappé des rapports qui existent entre les causes de délire aigu et celles de l'aliénation mentale. Le tableau suivant, publié par nous dans la *Gazette des Médecins praticiens* (5 avril 1840) ne laisse aucun doute à cet égard. — Sur 120 malades, dont nous avons pris les observations avec la précision et la certitude qui résultent d'un contact de tous les instants, les causes de la folie se sont rangées dans l'ordre suivant :

1.	Chagrins domestiques	33
2.	Causes organiques, cérébrales ou non	32
3.	Excès sensuels	26
4.	Perte de fortune, intérêt. . . .	17
5.	Amour, jalousie.	13
6.	Excès d'étude.	8
7.	Religion	7
8.	Événements politiques.	7
9.	Orgueil, vanité	7
10.	Ambition.	4
11.	Remords.	2
12.	Colère.	2
		158

Cette augmentation dans le chiffre total tient à ce que plusieurs malades ont eu, à des intervalles plus ou moins éloignés, des rechutes qui ont été déterminées par des motifs différents, et que les causes qui agissent sur le même individu sont quelquefois multiples. — Parmi les causes organiques, nous comprenons les désordres de la menstruation (1), les suites de couches et les affections cérébrales.

En comparant ces tableaux, ne vient-il pas naturellement à l'esprit que ces deux maladies ont de nombreux rapports, et qu'il est possible que, dans quelques circonstances, le délire ne soit qu'une folie aiguë?

Sexe et âge. On a dû chercher les influences que le sexe et l'âge exerçaient sur la production du délire aigu. Nos nombres sont trop petits pour qu'on en puïsse tirer aucune induction; nous les donnons cependant, parce qu'ils pourront servir plus tard. — Dans dix-neuf cas, il y eut onze hommes et huit femmes. De ces dix-neuf individus, cinq étaient célibataires, et quatorze mariés.

(1) A. Brierre de Boismont, *De la menstruation, considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques*, ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine. — Un volume in-8°. Paris, 1842.

Sous le rapport de l'âge, ces malades se classèrent ainsi :

17 ans. . .	1
18 — . .	1
19 — . .	1
23 — . .	1
32 — . .	1
34 — . .	1
36 — . .	1
40 — . .	3
41 — . .	2
46 — . .	2
50 — . .	2
55 — . .	1
66 — . .	1
	18 (1)

L'apparition du délire se fait donc, de préférence, depuis le moment où l'intelligence commence à se manifester avec toute l'énergie de l'adolescence, jusqu'à l'époque où, parvenue dans sa force, elle va bientôt commencer à décliner. Le seul exemple que nous ayons d'une personne atteinte de délire aigu à l'âge de soixante-six ans, n'est point en opposition avec ceux que présente l'aliénation mentale, puisque si cette funeste maladie atteint son apogée de vingt à vingt-cinq ans, il n'est pas rare non plus d'en observer des cas aux deux périodes extrêmes de l'existence.

Diagnostic. Nous avons fait tous nos efforts pour démontrer que le délire aigu était une affection *suí generis*. Les arguments de cette opinion nous ont été fournis par les observations, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, l'étiologie, etc. Un dernier ordre de faits doit compléter cette démonstration; ce sont ceux que nous allons emprunter à l'examen comparatif des différentes affections qui simulent le délire aigu.

(1) L'âge de l'un d'eux n'a pu être connu.

Le diagnostic du délire aigu présente de grandes difficultés. Presque tous les auteurs, en effet, en font le signe pathognomonique de la méningite, de l'encéphalite, de la méningo-céphalite.

Faut-il s'étonner du vague qui règne sur cette maladie, lorsqu'on se rappelle qu'il y a peu d'années la paralysie générale des aliénés était inconnue aux médecins, et qu'aujourd'hui même encore elle est la source de fréquentes erreurs? Ce qui fait la difficulté du diagnostic du délire aigu, c'est qu'il offre de nombreux points de contact avec les inflammations des méninges et du cerveau, avec différentes aliénations, certains ramollissements, quelques congestions sanguines de l'encéphale, les fièvres pernicieuses, les fièvres éruptives insidieuses, les phlegmasies viscérales violentes, avec réaction sur le cerveau, et plusieurs névroses.

Avant de passer en revue ces états morbides, disons quelques mots des travaux des anciens et des modernes sur ce sujet.

Soranus place le siége de la frénésie, tantôt à la base du cerveau ou dans l'épaisseur de cet organe, tantôt dans ses membranes. — La description de Cœlius Aurelianus se rapproche de la nôtre; mais elle en diffère par des points importants. M. Littré, dans sa célèbre édition d'Hippocrate, range le *causus*, la *phrenitis* et le *lethargus*, dans les fièvres rémittentes continues des pays chauds. MM. Pitschaft et Simon jeune, de Hambourg, ont admis, le premier, que la frénésie pouvait s'associer à toute fièvre portée à un haut degré; le second, que la plupart des anciens ont désigné sous le nom de *phrenitis* ce que nous désignons sous le nom d'encéphalite, avec cette différence qu'ils voyaient souvent dans l'affection cérébrale une irritation sympathique.

Parmi les modernes, Willis et Fodéré sont ceux qui nous paraissent avoir eu les idées les plus rationnelles sur le délire aigu.

Le premier de ces auteurs fait dépendre la frénésie de l'irritation des nerfs, et ne considère l'inflammation des méninges

que comme une simple coïncidence. — Il cite à ce sujet l'observation fort remarquable d'une servante robuste, en proie à un délire furieux, et qu'on avait été dans la nécessité d'attacher. Les saignées, les évacuants, les émulsions, les hypnotiques, les boissons froides, ayant été employés pendant huit jours, Willis ordonna qu'on l'enlevât pendant la nuit, qu'on la mît sur une barque, et, qu'après l'avoir dépouillée de ses vêtements et débarrassée de ses liens, elle fût plongée dans la rivière, en prenant la précaution de lui passer un lien autour du corps pour l'empêcher de se noyer. Ce moyen fut inutile, car la jeune fille nageait d'elle-même. — Au bout de quinze à vingt minutes, elle sortit de l'eau, saine d'esprit; on la coucha, elle dormit, transpira abondamment, et guérit radicalement sans aucun autre remède (1).

Fodéré admet deux espèces de frénésie, la symptomatique et l'exquisite. La première accompagne un grand nombre de maladies. Frédéric Hoffmann remarque qu'elle est fréquente en Pologne à cause de la plique. La frénésie exquisite est très rare dans les climats tempérés. Hippocrate, qui en a parlé, dit que, lorsqu'elle se montre dans toute sa sévérité, elle est constamment mortelle. — Si la frénésie dépendait uniquement de l'inflammation des méninges ou du cerveau, comme le voulaient les méthodistes, et comme le veulent encore leurs sectateurs actuels, il n'y aurait aucun doute sur l'indication de la saignée; mais il s'en faut de beaucoup que ce remède soit toujours utile, et nous avons plusieurs fois vu des frénétiques expirant sous la lancette (2).

M. Calmeil, dans les articles *Delirium tremens*, *Manie*, ne paraît point encore fixé sur la nature du délire aigu; ainsi t. XIX, p. 124 du *Dictionnaire de Médecine*, 2e édition, il dit: Il est parfois très difficile de distinguer la manie commençante de la

(1) Willis, *Op. medica de delirio et phrenitide, caput decimum*, t. I, p. 227.
(2) Fodéré, *Traité du délire*, Paris, 1817, t. II, p. 406.

frénésie, du délire aigu, du délire causé par l'ingestion de certains poisons. Quant aux symptômes du délire aigu qu'on observe particulièrement dans les inflammations aiguës du cerveau et de ses enveloppes, ce sont ceux qui ont été notés dans les cas de l'espèce, mais ils diffèrent beaucoup du délire que nous décrivons.

Dans le tableau du délire aigu, que M. Falret a donné dans le *Dictionnaire des Études pratiques*, on trouve réunies sous une même dénomination plusieurs maladies différentes, sans mention spéciale du délire aigu propre aux aliénés.

Les auteurs du *Compendium* rangent le délire aigu dans l'encéphalite; la description qu'ils en font ne s'accorde point avec la nôtre.

M. Lelut a tracé avec sa sagacité habituelle les traits principaux de cette affection, qu'il sépare de la méningite, de l'encéphalite et de manie aiguë. Il nous paraît être celui qui l'a mieux connue, mais il ne l'a étudiée que sous certaines faces.

En résumé, les opinions des anciens et des modernes sur le délire aigu présentent de nombreuses différences sous le rapport des symptômes, de la nature du mal et de l'identité; car, tandis que les uns le rattachent à une lésion des membranes et du cerveau, d'autres en font une maladie spéciale, sans caractères anatomiques connus, et rentrant par conséquent dans le cadre des affections nerveuses.

Cherchons à notre tour les ressemblances et les différences qui peuvent exister entre le délire aigu, la méningite, et voyons si ces deux affections doivent être réunies ou séparées.

La méningite (arachnitis) est, sans aucun doute, l'affection qui ressemble le plus au délire: aussi l'a-t-on presque toujours confondue avec cet état. Comme lui, elle est souvent caractérisée par l'agitation, les mouvements convulsifs, le grincement des dents, la contraction, la roideur, le délire; mais elle en diffère par des signes importants. Dans tous les cas que nous avons observés, la céphalalgie n'a été notée qu'une fois, et encore était-

sole. Vers le milieu du soir, le coma reparut, et le malade expira la nuit suivante. A l'autopsie, on trouva un pointillé rouge vif des hémisphères cérébraux (1).

Nous avons cité un cas de congestion cérébrale, nous pourrions en citer plusieurs autres pris dans l'ouvrage de M. Andral, qui auraient montré d'autres différences sous le rapport des symptômes. A quoi cela tient-il? probablement aux prédispositions, aux idiosyncrasies. Il y a encore une autre explication; ne peut-on pas admettre que la congestion sanguine qui existe dans tous ces cas avec des désordres fonctionnels si variés, n'est elle-même qu'un effet? Nos moyens actuels d'investigations ne nous permettent pas de constater la cause qui détermine cette congestion, et les différents groupes de symptômes qui en sont les résultats.

L'observation démontre qu'un état anémique du cerveau peut aussi occasionner le délire.

En rapportant les symptômes à l'hyperémie dans un cas, à l'anémie dans un autre, dit M. Andral, avons-nous été au fond des choses? En aucune façon; car ces deux états sont eux-mêmes de simples effets, que souvent, chose remarquable, la même influence peut produire: ainsi, par une émotion vive, la peau de la face rougit chez l'un, et pâlit chez l'autre; ce sont, par conséquent, des phénomènes secondaires, de simples effets. Il y a avant une modification organique qui les cause; ces lésions secondaires, une fois produites, ne peuvent-elles pas donner lieu à des accidents qui dépendent d'elles seules, et qui en établissent le diagnostic?

Le tableau de la méningite aiguë tuberculeuse, si bien tracé par MM. Fabre, Constant et Guersant, suffit pour la faire distinguer du délire aigu; âge, symptômes, marche, anatomie pathologique, tels sont les traits qui ne permettent pas de confondre les deux maladies.

(1) Andral, *Clinique médicale, Maladies de l'encéphale*, 4e édit. 1840, t. V, p. 232.

La congestion sanguine offre quelquefois des points de contact avec le délire aigu, mais elle en diffère par les circonstances commémoratives, l'instantanéité de l'explosion, la rapidité de la marche et de la terminaison. Les symptômes propres au délire aigu sont autant de caractères différentiels.

Il y a une forme de ramollissement qui présente des symptômes plus ou moins analogues à ceux de la méningite; cette forme est beaucoup plus rare que les autres. Après un prodrome marqué surtout par la céphalalgie, les malades sont pris d'un délire qui persiste ou qui est bientôt remplacé par du coma; en même temps l'on observe des soubresauts, des mouvements convulsifs généraux ou partiels. Mais bientôt le désordre du mouvement porte sur un côté; c'est plus souvent la contraction des membres que la paralysie qu'on voit apparaître.

La *manie aiguë* et la *manie suraiguë* peuvent être facilement confondues avec la méningite et le délire aigus. Voici, d'après M. Lelut, les principaux symptômes de la première de ces affections : absence de fièvre (il y en a assez souvent); circulation plus régulière que dans le délire aigu; connaissance mieux conservée, ou sensibilité et réponse aux excitations venues du dehors; de même, mais beaucoup moins que dans le délire aigu, concentration de la pensée en elle-même; incohérence à peu près générale des idées; illusions et hallucinations. Désordre des mouvements; agitation souvent encore menaçante et furieuse, mais point de convulsions, de contractions et de paralysie; durée brève; terminaison par la guérison, par la manie chronique et la démence, avec ou sans paralysie générale; ou bien mort par l'état maniaque aigu, par le délire aigu ou par l'encéphalite (1).

MM. Aubanel et Thore s'expriment ainsi dans leur mé-

(1) Lelut, *ouvrage cité*, p. 40.

corps ruisselle sans cesse de sueur. Souvent les malades ont à peine de la fièvre. Dans le cas de terminaison heureuse, ils s'endorment, et finissent par se réveiller en pleine santé. Nous n'avons point parlé du tremblement, parce qu'il peut manquer, et que, dans plusieurs cas, nous n'avons eu pour guide, dans le diagnostic de ce délire, que les habitudes du malade, et surtout le genre de ses hallucinations. L'emploi de l'opium, et, dans quelques cas, le simple repos, amènent la guérison.

Parmi les autres espèces de délire, dont les grands désordres cérébraux et la marche rapide peuvent prendre place à côté du délire aigu, il existe une sorte de frénésie particulière aux navigateurs, qu'on a désignée par le nom de calenture (*calentura*).

Sans rechercher si ce trouble intellectuel doit être considéré comme une maladie spéciale, nous allons en indiquer les principaux caractères. La calenture est une maladie fébrile particulière aux marins, et à laquelle on assigne pour symptôme dominant un délire furieux, avec désir irrésistible de se précipiter à la mer. Cette affection, d'après M. Falret, diffère peu de l'inflammation aiguë des méninges et du cerveau. Ce médecin n'attache qu'une légère importance aux particularités du délire, à l'impatience de s'élancer du vaisseau, au mélange d'illusions et d'hallucinations qui représentent la mer comme une campagne délicieuse.

Le délire aigu est très fréquemment le résultat symptomatique de la lésion de quelque organe important. De toutes les maladies, celle qui le détermine le plus ordinairement est la fièvre typhoïde. Cette fièvre, qu'on a longtemps désignée sous le nom d'ataxique, est souvent fort difficile à reconnaître au début.

Les malades sont agités, furieux; il faut les contenir avec la camisole de force; leur œil est hagard, leur physionomie menaçante; le trouble de la raison est général: ils crient, gesticulent, parlent avec une extrême volubilité, ne répondent point aux

questions qu'on leur adresse; par moment ils refusent de boire; la face est rouge, les yeux injectés, le pouls fébrile.

L'obscurité du diagnostic se dissipe peu à peu à l'aide des signes fournis par le facies, le ventre, la langue et les circonstances commémoratives.

Nous avons vu l'inflammation de la vessie déterminer des phénomènes entièrement analogues, et la maladie n'être reconnue qu'après la mort. — Aussi donnons-nous le précepte d'interroger avec soin tous les organes, sans perdre de vue les états généraux.

Les fièvres intermittentes pernicieuses, les fièvres éruptives insidieuses, et certaines névroses peuvent encore se masquer sous le délire aigu; dans le premier cas, l'observateur attentif ne tarde pas à démêler quelque chose de périodique qui le met sur la trace du mal; dans le second cas, des indices fournis par les muqueuses, la peau, la saison et les maladies régnantes, peuvent servir à rectifier le diagnostic. Quant aux névroses, elles sont très rares et ne tardent pas à présenter quelques signes qui leur sont propres.

Nature. Qu'est-ce donc que le délire aigu? Si l'on se rappelle ce que nous avons dit des causes, des symptômes, de l'absence des lésions anatomiques dans un certain nombre de cas, si l'examen comparatif que nous venons de faire des différentes maladies qui simulent le délire aigu des établissements d'aliénés a été bien compris, il restera démontré que ce délire ne saurait être considéré comme une méningite ou comme une méningo-céphalite. Les traits qui le séparent de ces deux affections sont tranchés. Si parfois les caractères sont difficiles à distinguer, c'est qu'alors les complications sont survenues, et que les maladies se trouvent confondues.

Dans son état de simplicité, le délire aigu est une affection nerveuse qui correspond sans doute à une modification de l'organe cérébral; mais cette modification nous est inconnue. Il en est de la cause prochaine du délire aigu, comme de celles du

délire des opérés, du délire des ivrognes, du délire occasionné par l'ingestion de quelques substances narcotiques, de la calenture; elles ont échappé jusqu'à présent à toutes les recherches.

La congestion n'est qu'un accessoire du délire; elle peut, d'ailleurs, manquer. En supposant même que l'élément inflammatoire accompagnât toujours le délire aigu, ce qui n'est pas, il ne le constituerait pas plus, qu'il ne constitue la maladie vénérienne, le cancer, quelques exanthèmes et beaucoup d'autres états pathologiques.

On a dû se demander si le délire aigu était la folie ou une variété de cette maladie. L'acuité de l'affection, le caractère des symptômes, la physionomie générale sont autant de réponses négatives; mais si, d'un autre côté, on étudie l'étiologie, les terminaisons, quelques uns des symptômes, on est forcé de reconnaître que le délire aigu se rapproche de la folie dans certaines variétés à marche aiguë.

Si le délire n'est point la folie dans la presque généralité des cas, pourquoi donc isoler les malades et les enfermer dans des maisons de santé? Les motifs en faveur de cette mesure nous paraissent peremptoires; la plupart des individus affectés de délire aigu sont bruyants, agités; ils vocifèrent, hurlent, et leur séjour dans les villes devient impossible. Beaucoup d'entre eux s'échappent en chemise, se précipitent par les croisées, se tuent, luttent contre ceux qui les entourent, leur vue remplit les assistants de frayeur. Il est d'ailleurs fort difficile de distinguer au début cette maladie d'un accès de folie. Les secours sont beaucoup plus aisés à administrer dans les maisons de santé que chez les particuliers. La vue de ces établissements a quelquefois suffi pour rappeler à la raison plusieurs de ces malades; enfin, et c'est la meilleure réponse, un bon nombre d'individus, atteints de délire aigu simple, ont recouvré rapidement la santé à la suite du traitement qu'on leur a fait dans ces établissements.

Division. Le délire aigu ne se montre point toujours sous la même forme, quelquefois même il est difficile à reconnaître, masqué qu'il est par des complications ; voici, d'après l'observation, les principales formes auxquelles on peut le rapporter, en prenant pour base de cette division le siége, l'espèce, le type et la nature du mal; délire primitif, secondaire; simple, compliqué; continu, intermittent; nerveux, inflammatoire.

Considéré sous le rapport du siége, le délire est primitif, essentiel ou idiopathique, secondaire, symptomatique ou deutéropathique. Par l'une de ces dénominations, nous entendons celui qui a son point de départ dans le cerveau; tel était le cas du malade de l'observation première et de plusieurs autres. La seconde dénomination comprend les délires qui se manifestent consécutivement à la souffrance d'un organe, à la présence d'un corps étranger, etc. — Un homme est frappé de rhumatisme, l'affection disparaît, elle est remplacée par la perte de la raison, le délire est ici consécutif. Il ne faut pas perdre de vue que, dans ces cas, le dérangement de l'esprit n'a lieu que par la suite d'une prédisposition morale et physique.

Le délire varie suivant l'espèce; il est simple, lorsqu'il ne présente aucun des symptômes propres aux autres maladies cérébrales, et qu'il ne s'accompagne pas de ces désordres effrayants que l'on remarque dans la variété que nous avons appelée délire frénétique hydrophobique. Le délire simple peut être taciturne ou bruyant. Sa durée est fort courte, il se termine en quelques heures, quelques jours, le plus ordinairement par la guérison. Le délire aigu peut se compliquer de méningite, de méningo-céphalite, de manie, etc. Le diagnostic est alors hérissé de grandes difficultés; mais la complication la plus fâcheuse et la plus remarquable en même temps est l'hydrophobie; elle existe presque toujours avec la forme bruyante, furieuse.

Étudié sous le rapport du type et de la nature, le délire doit encore être divisé en continu, intermittent, nerveux, inflammatoire.

Le délire aigu a différents modes de *terminaisons*. La guérison est fréquente dans les délires simples et symptomatiques; elle est, au contraire, très rare dans le délire frénétique hydrophobique; sur neuf cas de délire hydrophobique, nous avons vu les individus succomber sept fois.

Le délire aigu peut se terminer par l'arachnitis et la manie aiguë. Nous avons donné nos soins à des individus qui sont tombés dans la mélancolie et dans la monomanie suicide, après avoir eu un délire aigu bien caractérisé; un de ces malades, à la suite d'une affection de ce genre, a présenté les symptômes de la démence. Nous avons connu, dans un autre établissement, un individu qui devint maniaque après avoir offert les symptômes du délire aigu. La paralysie générale des aliénés peut encore être la terminaison du délire aigu.

Au reste, il en est du délire aigu comme de la méningite, de l'apoplexie, du ramollissement et de quelques autres affections cérébrales que l'on voit se terminer par l'aliénation.

Le délire aigu récidive quelquefois, surtout lorsqu'il est simple; une jeune personne de seize ans, brune, forte, à la suite d'un chagrin d'amour, est prise de délire; elle crie, déraisonne, ne cesse de s'agiter. Cet état dure dix jours, et cède au traitement antiphlogistique employé; six mois après, probablement par les mêmes causes, le mal éclate de nouveau; on la traite comme la première fois, et la guérison a lieu rapidement; mais la jeune personne a demandé elle-même à rester dans l'établissement pendant quelques mois. — Un Anglais nous est envoyé par le docteur Deslandes, il est en proie à un délire fébrile furieux; un an auparavant, il avait eu le même accident dans les pays étrangers.

La *durée* du délire aigu est, en général, fort courte; voici, dans seize observations, comme les choses se sont passées :

1 fois	le délire a	persisté	2 jours.
1 —	—	—	4 —
2 —	—	—	5 —
3 —	—	—	6 —
1 —	—	—	7 —
1 —	—	—	11 —
1 —	—	—	12 —
1 —	—	—	14 —
2 —	—	—	15 —
1 —	—	—	17 —
1 —	—	—	18 —
1 —	—	—	6 semaines.
1 —	—	—	2 mois.

Plus il se prolonge, plus le danger est à craindre. La guérison ou l'amélioration arrivent presque toujours dans les cinq à six premiers jours. Les deux seuls cas où il dépassa les limites ordinaires offrirent quelques circonstances particulières qui durent modifier la marche de la maladie. La femme qui fait le sujet de la première observation et chez laquelle la maladie persista six semaines, était sous l'influence d'une diathèse laiteuse qui détermina probablement la formation des abcès qui se succédèrent les uns aux autres; quant au second individu, chez lequel le délire eut une durée de deux mois, la maladie fut intermittente, et jamais les accès ne se prolongèrent au-delà de huit jours.

Le *pronostic* présente des différences suivant le genre du délire. Lorsque les symptômes sont ceux du délire simple, le pronostic est, en général, peu grave. Nous avons cité l'exemple d'une dame qui avait observé un jeûne rigoureux de douze jours, et qui avait parfaitement guéri. Il en est de même du délire symptomatique; le plus ordinairement, les malades dont le désordre de la raison est dû à la repercussion d'un exanthème, d'un rhumatisme, au dérangement des fonctions digestives, biliaires, guérissent par un traitement convenable, et quelquefois même par les seuls efforts de la nature.

Le pronostic est tout autre lorsque les malades sont en proie

au délire aigu hydrophobique, et surtout lorsque le refus des boissons persiste longtemps. Si l'agitation, les cris, les mouvements convulsifs continuent cinq à six jours, la terminaison est presque constamment fatale. Un signe fâcheux qu'on note dans cette variété et qu'on peut comparer à l'exsudation pultacée qui se forme dans les derniers moments des maladies graves, est la chassie purulente qui apparaît dans l'angle de l'œil; presque tous les malades qui nous l'ont présenté ont fini par succomber. — La rémission qui précède souvent le coma est également d'un fâcheux augure.

Le délire fébrile, dit M. Falret, qui se complique de tremblements, de convulsions, de soubresauts de tendons, de carphologie, de mussitation et d'alternatives de léthargie, est sinistre, et le plus souvent mortel; on doit être sur ses gardes lorsque le délire cesse, sans être suivi d'autres signes satisfaisants.

Il peut arriver que les malades recouvrent la raison, et les intervalles lucides sont quelquefois même assez longs; mais lorsque cette amélioration coïncide avec la mobilité et l'état brillant des yeux, avec l'agitation du corps, l'exaltation des paroles, la chaleur de la peau, l'accélération du pouls, il ne faut point se laisser abuser, on est à la veille d'un nouvel accès.

La gravité du délire aigu (frénésie) avait été signalée par les anciens. Asclépias disait de cette maladie que c'était une méditation sur la mort. Fodéré la considère comme toujours mortelle, lorsqu'elle est idiopathique. — Il est hors de doute que les anciens ont voulu parler du délire aigu hydrophobique qui se termine, en effet, dans le plus grand nombre de cas, par la mort.

Traitement. Lorsqu'une maladie s'annonce par la fièvre, la chaleur, l'agitation, l'injection plus ou moins considérable des yeux, de la face, les règles habituelles de la pratique prescrivent de recourir aux émissions sanguines; c'est aussi ce qui a été fait dans presque la totalité des cas; mais il s'en faut de

beaucoup que les saignées nous aient réussi. Déjà Fodéré, dans son *Traité du délire*, avait dit qu'il avait vu expirer sous la lancette des individus atteints de frénésie. Il existe donc, sous ce rapport, entre l'aliénation et le délire aigu des points de contact.

La saignée, en effet, n'est pas plus un remède souverain dans le délire que dans la folie; mais son emploi est plus impérieusement réclamé dans le premier cas que dans le second; il ne faut point hésiter à la pratiquer au début de la maladie, surtout si l'individu est fort, sanguin, et si les symptômes inflammatoires sont bien dessinés. L'état du pouls mérite une attention particulière; l'émission sanguine a-t-elle soulagé! il faut y recourir de nouveau, en la proportionnant aux forces du sujet. La même conduite doit être tenue lorsque les accidents inflammatoires n'ont rien perdu de leur intensité ou qu'ils ont même augmenté.

L'emploi de la saignée exige une grande habitude de ces sortes de maladies; car il peut arriver que, trompé par la violence des symptômes, on s'opiniâtre à tirer du sang. En examinant avec plus d'attention, on s'aperçoit que le délire est enté sur une méningite chronique; la fréquence des saignées, dans ce cas, a pour résultat d'amener plus promptement la démence ou la mort. — Lors même qu'il n'existe point d'inflammation des méninges, les émissions sanguines trop répétées peuvent prolonger la convalescence, ou déterminer l'affaiblissement de la raison.

Une saignée explorative nous paraît indiquée dans le délire aigu; faite dans les limites convenables, elle ne peut avoir aucun résultat fâcheux.

Y a-t-il un lieu d'élection pour la saignée dans le délire aigu? *a priori*, l'ouverture de la jugulaire, celle même des temporales, paraîtrait devoir être préférée; mais l'expérience n'a point sanctionné cette idée, et d'ailleurs, la difficulté d'ouvrir ces vaisseaux chez les frénétiques est telle, que ce moyen est presque

généralement abandonné. Restent la saignée du bras et celle du pied; leur emploi n'est point indifférent. Plusieurs fois les symptômes ont été immédiatement améliorés par une saignée de pied; c'est surtout chez les individus forts, pléthoriques, sujets aux congestions sanguines, aux hémorrhoïdes, qu'elle nous a réussi; elle convient également chez les femmes qui ont des suppressions et des dérangements dans la menstruation.

Parmi les cas de succès, nous rappellerons celui d'un vieillard de soixante-douze ans, en proie à un violent délire; il ne prenait rien depuis huit jours, et entrait dans des fureurs terribles lorsqu'on s'approchait de lui pour lui présenter un verre de tisane; les grands bains n'avaient eu aucun succès; son haleine était très fétide, l'amaigrissement était manifeste; le pouls avait cependant de la fréquence et du volume. Je lui pratiquai une saignée du pied; la fureur se calma dans la journée, et le malade demanda lui-même à boire à différentes reprises, en manifestant le plaisir que lui causait l'ingestion des liquides.

La saignée du bras est celle à laquelle nous avons recours dans le plus grand nombre de cas; elle est plus facile à pratiquer, donne toujours du sang, et amène souvent des résultats satisfaisants.

En général, les saignées devront être faites au début; leur nombre doit être basé sur la constitution, le tempérament de l'individu, la nature du mal, et les effets qui en sont les suites. Il ne faut pas se laisser abuser par un éréthisme nerveux qu'on observe plus spécialement chez ces sortes de malades, et qui se manifeste dans quelques circonstances pendant l'emploi des saignées. Cet état qui, au premier abord, simule l'inflammation, ne pourrait que s'aggraver par le traitement antiphlogistique.

Les saignées sont quelquefois utiles dans le cours de la maladie pour combattre des phénomènes congestifs qui apparaissent tout-à-coup; sans action marquée sur le mal lui-même, elles sont de bons auxiliaires, parce qu'elles font cesser les complications.

Les émissions sanguines locales secondent utilement les saignées locales générales. Le lieu où elles doivent être faites diffère suivant les circonstances. Le plus ordinairement nous choisissons les parties latérales du cou, la base du crâne, et nous laissons couler le sang abondamment. Chez un homme pléthorique, nous fîmes raser la tête et placer les sangsues le long de la suture sagittale, il y eut une amélioration rapide; l'apposition des sangsues à l'anus convient lorsqu'il y a suppression ou diminution des hémorrhoïdes. Nous les prescrivons à la partie supérieure des cuisses chez les femmes dont les règles sont suspendues ou coulent mal. — Les émissions sanguines locales répétées ne nous ont point paru avoir les inconvénients des saignées générales qui jettent rapidement l'individu dans la prostration; elles s'adaptent aussi plus facilement à la médecine des symptômes.

Les ventouses à la nuque, derrière les oreilles, doivent être employées quand il faut tirer immédiatement du sang; mais elles n'ont pas l'avantage d'amener une congestion, comme la succion des sangsues.

Le plus ordinairement il est indispensable d'associer ces trois moyens, de les combiner; les avantages qu'ils procurent sont alors plus marqués.

Il ne faut pas croire cependant que les délires aigus doivent tous être traités par les émissions sanguines; nous en avons vu plusieurs guérir par les bains et purgatifs. Fodéré, dont nous avons fait connaître l'opinion, dit dans son *Traité du délire :* Si le malade ne se relève pas après la première ou la seconde saignée, n'espérez plus rien. Le frénétique dont parle Stoll mourut après la septième saignée. Lorsque la cause du mal se lie à la disparition d'un exanthème, d'un rhumatisme, à la présence de la bile, à la lésion de l'appareil biliaire, au trouble des fonctions digestives, une médication révulsive, dérivative, rafraîchissante, suffit seule quelquefois pour faire cesser le trouble de la raison.

Les bains sont un des remèdes les plus puissants que nous possédions contre le délire, et surtout contre la frénésie hydrophobique; mais, pour en obtenir un effet satisfaisant, leur durée doit être prolongée cinq, six, huit, dix et douze heures; ce n'est que lorsque les malades y ont fait un séjour de plusieurs heures que l'agitation commence à se calmer. Il n'est pas rare d'observer une amélioration momentanée dont les délirants profitent pour prier qu'on les retire de l'eau; cette demande ne doit pas être accordée; comme ils s'irriteraient du refus, on les trompe en leur disant qu'on va les ôter, et en plaçant près d'eux des personnes qui leur répètent qu'elles n'ont pas le pouvoir de le faire; cette conduite est celle qui nous a le plus souvent réussi; les aliénés et les délirants sont très crédules, et on les amuse comme les enfants; leur mémoire est excessivement oublieuse. — Le mode d'administration des bains varie; tantôt le malade y reste tout le temps, tantôt il y est mis à trois reprises différentes. — La température des bains doit être comprise entre 25 et 30° centigr.; trop chauds, ils seraient nuisibles. L'agitation des malades rend nécessaire l'emploi des baignoires de force qui conservent fort longtemps leur chaleur; c'est une raison pour laquelle la température de l'eau ne doit pas être trop élevée.

Les affusions froides, et mieux encore les irrigations, sont inséparables de l'emploi des bains. Nous les donnons ordinairement en arrosoir et à hauteur d'homme. Elles maintiennent la fraîcheur de la tête et diminuent la congestion, elles servent aussi à prévenir l'afflux sanguin que la chaleur de l'eau peut déterminer. On les administre plusieurs fois pendant la durée du bain. Il n'est pas rare de voir les malades cesser de crier et se calmer, à mesure que la pluie d'eau tombe sur leur tête; quelques uns disent même que cela leur fait du bien. Ces deux moyens réunis sont, sans contredit, ceux qui sont les plus utiles aux délirants.

Les compresses d'eau froide et la glace ne doivent pas être

négligées dans le traitement du délire aigu. Ces réfrigérants ne sont pas toujours d'une application facile; souvent même leur usage est impraticable, à raison de l'agitation extrême des malades. Leur emploi est surtout recommandé lorsque les symptômes inflammatoires ou congestifs prédominent; nous ne les croyons pas moins nécessaires pour combattre l'éréthisme nerveux; souvent l'on réussit à dissiper de violentes céphalalgies nerveuses par la seule application des compresses froides.

Les douches ne nous ont point paru convenir dans le délire aigu, elles augmentent encore l'agitation des malades; comme moyen de répression, elles ne sauraient être prescrites, à raison de la nature du désordre intellectuel.

Les bains de pied et de siége appartiennent encore à la série des moyens dont nous parlons ici; on les administre dans quelques circonstances particulières, mais il faut que la forme du délire ne s'y oppose pas. Les pédiluves répétés diminuent la congestion sanguine; les bains de siége conviennent aux femmes dont la menstruation est arrêtée ou dérangée.

Les boissons jouent un rôle important dans les maladies fébriles; boire est, en effet, le précepte généralement recommandé dans tous les cas de l'espèce. Malheureusement les individus atteints de délire aigu se refusent souvent, et surtout dans la variété hydrophobique, à prendre les liquides qui leur sont présentés. Tourmentés par l'agitation, la chaleur, la sécheresse, en un mot, par tous les symptômes d'une violente excitation fébrile, ils peuvent supporter six, huit, dix, douze jours la privation des boissons. Cette espèce d'horreur pour les liquides, quoique plus fréquente chez les frénétiques hydrophobiques, s'observe aussi dans le délire simple; nous avons cité l'observation d'une dame qui fut douze jours sans boire ni manger. Ce refus n'est point permanent, il cesse quelquefois tout-à-coup, et les malades prennent alors avec avidité ce qu'ils refusaient avec opiniâtreté; le plus ordinairement il y a des rémissions, pendant lesquelles on peut donner des tisanes; celles qui doi-

vent être choisies de préférence sont la limonade, l'orangeade, les liquides gazeux, l'eau de gomme, de mauve, le tilleul, le petit-lait, les boissons délayantes. Lorsqu'il existe des signes d'irritation des voies digestives, on se trouve bien d'associer à quelques unes de ces boissons le bouillon de veau léger; l'eau d'orge miellée est préférable, quand il y a constipation.

Les lavements pourraient jusqu'à un certain point suppléer à ce refus des boissons si l'agitation des malades n'en rendait l'administration difficile. Nous avons soigné, il y a six ans, une dame qui était monomane suicide ; depuis longtemps elle ne prenait plus rien, et était tombée dans un grand état de faiblesse; j'en profitai pour lui faire donner des lavements excitants et nourrissants. A peine étaient-ils administrés qu'elle sortait de son état d'accablement et reprenait de l'énergie; ce moyen put être employé pendant quelques jours avec succès, mais l'idée s'était trop fortement enracinée pour être détruite; un jour, elle se lève sur son séant, et s'écrie : C'est singulier, je veux mourir, je m'abstiens de tout, et cependant je sens la vie revenir. En ce moment, on se préparait à lui donner un lavement. Elle ordonne impérieusement à ses domestiques de le lui montrer, elle le goûte et le trouve salé. Ah! les misérables, ils veulent me saler, ils n'y réussiront pas; à dater de cet instant, elle ne se laisse plus approcher.

Nous avons vu que les pédiluves étaient employés, conjointement avec les autres moyens, pour détourner l'afflux sanguin qui forme souvent un des éléments du mal; on peut leur donner plus d'activité en y ajoutant du sel, de la moutarde ou de l'acide hydrochlorique.

Les dérivatifs simples ou associés à l'émétique nous ont été fort avantageux. Dans beaucoup de cas ils ont procuré un soulagement immédiat, et plusieurs fois ils ont puissamment concouru à la guérison. — Ces remèdes sont d'autant plus utiles, qu'indépendamment du soulagement qu'ils apportent, ils peuvent être administrés, malgré le mauvais vouloir du malade; à

l'aide de la sonde œsophagienne, leur introduction est toujours possible. — Le dérivatif que nous employons le plus ordinairement est l'émétique associé au calomel.

En général, la dose est de deux grains (10 centigr.) unis à douze grains de calomel (60 centigr.), délayés dans un peu d'eau tiède. Presque toujours l'ingestion de ce médicament est suivie de vomissements et d'évacuations alvines; il est cependant des individus qui n'ont que des vomissements, d'autres que des purgations; quelques uns sont réfractaires à l'action de ces substances. — Cet éméto-purgatif peut manquer son effet sur des personnes qui seront fortement purgées par l'huile de ricin. Une dame avait inutilement pris du calomel, du sulfate de soude et de magnésie, de l'émétique; à peine l'huile de ricin eut-elle été ingérée dans l'estomac, qu'elle eut d'abondantes évacuations. Si les malades consentaient à prendre ce médicament, nous recommanderions de le donner dans un bouillon dégénéré; c'est la préparation qui marque le mieux la saveur désagréable de l'huile de ricin.

L'eau de Sedlitz, le sulfate de soude, la magnésie, le croton tiglium, appartiennent également aux purgatifs qu'on peut prescrire avec succès dans le délire aigu. — Nous avons aussi recours à l'émétique en lavage, lorsque les malades boivent facilement.

L'effet des purgatifs mérite l'attention des praticiens. Des individus délirants, hors d'état de comprendre la moindre question, n'ont pas été plus tôt purgés, qu'ils recouvrent en partie la connaissance et peuvent donner des détails sur leur état; d'autres, plongés dans un accablement profond, dans une sorte de stupeur, se réveillent et semblent renaître à la vie; chez quelques malades dont la physionomie offre un aspect sinistre particulier, les purgations, comme les saignées, font disparaître ce symptôme. Nous ne saurions assez le répéter, les évacuants sont d'une extrême utilité dans le traitement du délire; plus d'une fois leur action a été instantanée, et, dans quelques cir-

constances, nous avons été obligés de les prescrire seuls; les autres remèdes suspendant aussitôt leurs bons effets.

L'emploi des purgatifs doit être ordonné de bonne heure; car la marche de cette maladie est si promptement fatale, que l'art a besoin de toutes ses ressources. Le lendemain des émissions sanguines, lorsqu'elles ont été jugées nécessaires, il faut administrer les purgatifs. Dans le cas de frénésie hydrophobique, ces deux moyens doivent être employés simultanément. — On répète l'usage de ces agents thérapeutiques, jusqu'à ce qu'on obtienne une amélioration marquée, à moins toutefois qu'il n'y ait des contre-indications. On les varie, on les remplace l'un par l'autre, d'après l'idiosyncrasie du sujet.

Les lavements purgatifs, lorsqu'ils peuvent être pris, activent l'action des autres médicaments; ils font souvent cesser la constipation, ou amènent des évacuations que l'on n'avait pu obtenir par les remèdes ordinaires.

Il arrive une époque où l'agitation se calme; le délire continue, mais il a un autre aspect; les malades sont en apparence plus tranquilles; c'est l'indice d'une prostration prochaine. Les premières nuances de cet état fugitif doivent être suivies avec sagacité, car si l'usage des révulsifs peut compter quelques succès, c'est lorsqu'il est appliqué dans cette période. — Plus tard, leurs effets sont moins appréciables, si même ils ne sont pas inutiles. Les cataplasmes sinapisés, les vésicatoires placés sur les extrémités inférieures impriment une secousse favorable à l'économie. La manière de s'en servir varie; tantôt ils doivent être simplement volants, tantôt il est nécessaire qu'ils déterminent une suppuration abondante. Les vésicatoires nous ont paru particulièrement indiqués lorsqu'il existait quelque rhumatisme, quelque affection exanthématique disparus, auxquels on pouvait rapporter la cause du délire. Nous les avons également trouvés utiles pour fixer sur un point un élément morbide ambulant. Une jeune dame, tourmentée par une dia-

thèse laiteuse, éprouvait des accidents de nature diverse, parmi lesquels nous notâmes une éruption de furoncles; je fis appliquer deux larges vésicatoires sur les jambes; un gonflement considérable de cette partie ne tarda pas à se manifester, il prit les caractères de l'érysipèle phlegmoneux; des abcès profonds, étendus, nombreux, en furent les suites, et la raison, qui était complétement perdue, éprouva une amélioration marquée.

Un révulsif énergique, très usité chaque jour par les médecins d'établissement d'aliénés, est le séton. Son emploi n'est point indifférent; il ne saurait convenir dans le cas d'exaltation, au début de l'affection et dans le délire aigu hydrophobique; mais lorsque le malade n'a point une convalescence franche, lorsqu'il devient apathique, triste, mélancolique, le séton est au nombre des remèdes qu'une sage pratique recommande. Un homme fort, vigoureux, perd son activité habituelle; à chaque instant il s'endort. Plusieurs mois se passent ainsi; une attaque d'épilepsie éclate comme la foudre, elle est suivie de l'apparition du délire aigu. Le traitement obtient d'heureux résultats : le malade revient à la raison, mais il reste singulier; son caractère, dit-il lui-même, n'est plus ce qu'il était. Je lui passe un séton derrière le cou, et au bout d'un mois il avait repris son état normal.

Dans le plus grand nombre de cas, le lieu d'élection du séton est le cou; mais il arrive quelquefois qu'on est obligé de le placer ailleurs. Une demoiselle forte, lymphatique, était tombée dans une sorte de stupidité; la menstruation avait complétement disparu depuis plusieurs mois. Les saignées, les bains, les vésicatoires, les purgatifs avaient été inutilement employés. Nous passâmes un séton à la partie moyenne de la cuisse; quinze jours après l'apparition de la suppuration, il y eut un peu de mieux dans les facultés intellectuelles, et au bout de six semaines sa raison était revenue à l'état normal.

Les malades atteints de délire aigu sont quelquefois dans une agitation telle que rien ne saurait les calmer. Faut-il avoir recours dans ce cas aux préparations narcotiques? Voici ce que

nous avons observé : dans quatre cas où il existait une exaltation extrême, nous donnâmes des lavements avec vingt, vingt-cinq et trente gouttes de laudanum; l'emploi de ce moyen fut suivi d'une rémission de plusieurs heures. Nous avions été conduit à l'administration de ce médicament par les succès que nous en avions vu obtenir à notre maître, l'illustre Dupuytren, dans le délire nerveux des blessés. Les potions laudanisées nous ont quelquefois réussi, mais moins souvent que les lavements. Un praticien italien a recommandé en Piémont les bains rendus narcotiques à l'aide de plantes stupéfiantes; il cite plusieurs guérisons ainsi obtenues. Peut-être pourrait-on prescrire ces bains dans les circonstances que nous venons d'indiquer.

Les délirants sont quelquefois en proie à des faiblesses, à des syncopes, à un état de prostration qui paraît nécessiter l'usage des cordiaux. C'est dans des cas de cette espèce que nous avons eu recours aux potions avec l'eau de mélisse, la fleur d'oranger, l'éther sulfurique, le sirop de quinquina.

Lorsque les symptômes offrent quelque chose de pernicieux, on agira prudemment en associant le quinquina au camphre et au musc. Ces médicaments n'ont point toute la valeur qu'on a voulu leur donner, mais ils ont incontestablement rendu des services. M. Récamier cite plusieurs observations de guérison dues à l'emploi du camphre.

Le délire aigu peut se montrer sous la forme intermittente; il faut alors recourir au quinquina. Dans deux faits fort graves, il eut pour effet de modifier les symptômes et de faire gagner du temps, ce qui est d'un immense avantage, lorsque les maladies sont rapidement mortelles. La forme intermittente est quelquefois insidieuse, masquée par d'autres symptômes. il ne faut pas se laisser abuser par ces fausses apparences. Le danger est connu, combattez-le par le seul moyen héroïque qui vous reste. Les obstacles qu'opposent les malades ne peuvent arrêter, puisqu'on peut facilement les vaincre à l'aide de la sonde œsophagienne.

Il est une modification importante du traitement du délire aigu que nous avons déjà mis en usage, et sur laquelle nous appelons l'attention des médecins d'aliénés. Les malades doivent-ils rester dans leur lit ou faut-il les laisser libres en prenant les précautions convenables? Lorsqu'ils restent tranquillement couchés, qu'ils ne veulent pas se tenir debout, il serait nuisible de les obliger à se lever et de les contraindre à marcher; mais lorsqu'ils ne peuvent rester en place, qu'ils paraissent tourmentés par le besoin de mouvement, la question est plus difficile. Les moyens coërcitifs qu'on est dans la nécessité d'employer contre eux n'ont-ils pas pour résultat d'augmenter leur fureur et d'aggraver ainsi leur état? Plus d'une fois, en voyant la violence des malades, les efforts qu'ils faisaient pour se détacher, la rage que leur causait leur impuissance, nous nous sommes demandé s'il ne vaudrait pas mieux les abandonner à eux-mêmes. D'un autre côté, il doit paraître singulier de laisser errer dans les cours des individus qui ont la fièvre, exhalent une odeur fétide, passent six, huit, dix jours et même plus sans boire, manger ni dormir. Voici cependant quelques observations qui ne sont pas sans intérêt. M. B. est en proie à un délire furieux, il ne reconnaît personne, il chante, crie, vocifère continuellement, jour et nuit il ne cesse de marcher. Le pouls donne 120 pulsations, la peau est brûlante, l'haleine très désagréable, la bouche et les lèvres desséchées, la langue couverte d'un enduit jaunâtre et brunâtre; je laisse M. B. libre dans une cour, après l'avoir revêtu de la camisole, il va et vient, saute avec une activité prodigieuse. Il est impossible de le faire boire pendant dix jours; ce malade est réduit au dernier degré de marasme, une chassie purulente s'écoule de ses yeux; à peine peut-il se soutenir, à chaque instant il est obligé de s'asseoir. Vers le douzième jour, il demande un peu d'eau, puis il consent à prendre des fruits; le vingtième jour, il entre en convalescence. — Pendant ce temps il n'a cessé de marcher que lorsque la fatigue l'obligeait à se reposer ou à se mettre au lit.

M. C. est atteint d'un délire aigu furieux, avec fièvre, abstinence de boissons, insomnie; il est livré à lui-même; durant cinq jours, son activité est prodigieuse; le sixième jour, au matin, il pâlit, se trouve mal, et meurt deux heures après.

Madame *** a la fièvre; la face est fortement colorée, les yeux injectés, la peau est chaude et brûlante, les excrétions supprimées, le regard a quelque chose de sinistre; depuis douze jours, elle ne dort pas, son mari nous dit qu'elle marche continuellement et qu'on n'a pu la déshabiller; la privation des aliments et des boissons a huit jours de durée. Elle reste encore quatre jours chez moi sans rien prendre; elle n'a pas un moment de repos; la nuit je la trouve se promenant dans sa chambre. Le treizième jour de sa diète, elle entre dans le réfectoire des dames; son idée fixe change de cours; on lui offre à boire, elle accepte. — L'alimentation a exigé quelques précautions, et la malade est entrée en convalescence.

Les faits que nous venons de citer démontrent suffisamment, selon nous, qu'il est des circonstances dans lesquelles on se trouve bien de laisser les malades en liberté, quoiqu'ils soient tourmentés par la fièvre, desséchés par la soif, et qu'ils se condamnent à des jeûnes longs et rigoureux. Tant il est vrai que la nature conduit à la santé par des voies fort différentes !

Si nous résumons maintenant les faits contenus dans ce travail, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Le délire aigu (frénésie des anciens) n'est ni la méningite ni l'encéphalite. L'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, ne laissent aucun doute à cet égard.

On doit le considérer comme un désordre purement nerveux, semblable au délire des ivrognes, des opérés, etc. Il existe, sans doute, une modification cérébrale, mais elle n'est pas plus connue que celle des différents délires, et de beaucoup d'autres maladies nerveuses.

Les lésions anatomiques que l'on rencontre dans un certain nombre de faits ne sont que des épiphénomènes ou des compli-

cations d'autres maladies, ou peut-être seulement les vestiges des désordres de la motilité.

Les limites qui séparent le délire aigu de la manie aiguë, de la méningite, de la méningo-céphalite, ne sont pas toujours faciles à établir; aussi peut-on dire que, dans quelques circonstances, ces maladies se confondent par des nuances insensibles. Ce sont ces difficultés qui ont induit plusieurs médecins en erreur, et leur ont fait dire que le délire aigu était une méningite.

Les causes qui produisent le délire aigu ont le plus grand rapport avec celles qui engendrent l'aliénation mentale. L'influence des causes morales est également fort sensible.

Le délire aigu diffère sans aucun doute de l'aliénation par sa symptomatologie, sa marche, sa durée, mais il s'en rapproche tellement dans quelques cas, qu'on est alors tenté de le considérer comme une manie aiguë.

L'isolement nous paraît une mesure convenable : 1° en raison des dangers auxquels les malades sont exposés chez eux; 2° à cause des guérisons obtenues dans les établissements spéciaux, surtout dans la première espèce de délire aigu.

Le traitement doit varier selon les cas et les individus. Aussi commettrait-on une erreur très préjudiciable, si, trompé par l'état fébrile et l'exaltation, on donnait exclusivement la préférence aux moyens antiphlogistiques. Dans quelques cas, on s'est bien trouvé d'abandonner les malades à eux-mêmes.

OBSERVATION

DE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE INTERSTITIELLE,

PAR M. LE DOCTEUR PAYAN,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône), médecin de l'hospice de la Charité de la même ville, ex-chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu d'Aix et ex-médecin accoucheur de l'hospice entrepôt des nourrices et Enfants-Trouvés, membre correspondant de la Société de médecine de Paris, et des Sociétés médicales de Montpellier, Marseille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Tours, Dijon, Rennes, Nantes, Angers, Poitiers, ancien chef de clinique médicale, etc.

Quoique, à l'époque où nous sommes, on ne puisse pas dire que les cas de grossesse interstitielle soient bien rares dans la science, puisque déjà, en 1835, M. le professeur Velpeau (1), compulsant les faits qui s'y rapportaient et qui étaient épars çà et là dans divers écrits, crut devoir en porter le nombre à vingt-cinq, il peut cependant encore être de quelque intérêt, ce nous semble, de faire connaître ceux qu'on a occasion d'observer. C'est même cette considération qui nous porte aujourd'hui à donner communication à l'Académie royale de médecine, du cas de ce genre dont nous avons été témoin, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, dans le courant du mois dernier, et qui nous a offert ceci de particulier, qu'il a été constaté par suite d'une enquête judiciaire, et que, non suffisamment apprécié de prime abord par les médecins experts appelés pour constater la cause

(1) *Dictionnaire de médecine en 25 volumes*, 2e édition, art. *Grossesse interstitielle.*

de la mort, on faillit considérer comme le résultat d'un acte criminel, d'un avortement provoqué, les lésions anatomiques qui caractérisaient la grossesse interstitielle. Voici l'observation de ce cas remarquable exposée avec quelques détails :

Une fille, âgée d'environ trente-deux ans, forte et robuste, mère déjà d'un premier enfant qu'elle avait perdu, se trouvait enceinte, au moins d'après ce qu'elle avait déclaré assez librement à bien des gens, des œuvres d'un artisan avec lequel elle vivait maritalement depuis quelques années. La vie de cette personne était, au reste, fort active, occupée qu'elle était à faire, dans la ville, des commissions pour les uns et pour les autres. C'est ainsi que, la veille même de sa mort, elle avait porté de chez un restaurateur, dans une maison bourgeoise, les divers objets qui devaient servir pour un repas extraordinaire. On lui fit même observer parfois, par suite de la connaissance que l'on avait de son état, de moins se charger en faisant ses commissions. — Cependant les trois quarts de la journée se passèrent sans que cette femme éprouvât la plus légère incommodité. Mais, dans la soirée, elle se sentit prise de vives douleurs vers la région hypogastrique : elle avait comme des défaillances, se plaignait de soif, de grande lassitude, etc. Elle prit alors le parti de se mettre au lit, pensant que le repos calmerait son état; mais il n'en fut rien, et c'est quand on s'aperçut qu'elle pâlissait, qu'elle semblait de plus en plus s'affaiblir, que l'on fit appeler un officier de santé, lequel, à cause sans doute des douleurs hypogastriques, fit une application de sangsues à la région sus-pubienne, et de sinapismes aux extrémités inférieures. — Tout cela fut inutile : l'état de la malade ne fit qu'empirer, et, vers les deux heures du matin, elle rendit le dernier soupir.

Tels furent les renseignements qui nous parvinrent au sujet de la défunte.

Il paraît que la circonstance de cette mort subite, d'autant plus surprenante que la femme était fort robuste, qu'on l'avait

vue pleine de santé la veille, etc., jointe à la connaissance que l'on avait de son état de grossesse, fit naître des soupçons, donna l'éveil à la justice; et, par suite, le cadavre, au lieu d'être porté au cimetière, fut transféré à la morgue de l'Hôtel-Dieu pour y être l'objet d'une inspection juridique qui fit connaître la cause de la mort. Trois médecins, au nombre desquels je me trouvai, furent commissionnés par M. le juge d'instruction pour procéder à l'autopsie cadavérique. Ce fut le 11 mars dernier que celle-ci fut pratiquée par nous trois, en présence de M. le procureur du roi, de M. le juge d'instruction et de M. le juge de paix de notre ville.

Or, voici le résultat de notre examen.

L'habitude extérieure du corps indiquait une femme âgée d'environ trente-deux ans, fortement constituée, ayant beaucoup d'embonpoint, ne présentant aucune trace extérieure de sévices. Des piqûres de sangsues existaient à l'épigastre, et leur aspect dénotait qu'elles avaient été placées peu avant la mort.

L'abdomen ayant été ouvert par une incision cruciale, pratiquée à sa partie antérieure, nous avons aussitôt remarqué une abondante quantité de sang mêlé avec de la sérosité péritonéale; mais, vers l'hypogastre, ce sang formait de volumineux caillots qui remplissaient le petit bassin et recouvraient la matrice.

Celle-ci, ayant été débarrassée de ces caillots qui n'avaient avec elle que de simples rapports de contiguïté, fut immédiatement reconnue d'un volume plus prononcé que dans l'état ordinaire ou dans l'état de vacuité. Mais ce qu'elle offrait de plus remarquable, c'était une proéminence située à sa partie supérieure, et présentant, dans une grande partie de son étendue, une paroi diaphane, au travers de laquelle on apercevait un embryon plongé dans un liquide aqueux.

Comme il était important qu'un examen attentif fît connaître les diverses particularités que pouvait présenter l'état anormal

de l'utérus que nous constations, il fut pratiqué, de chaque côté du pubis et sur le milieu du pli inguinal, une incision qui, après avoir divisé les parties molles, fut complétée par la scie pour diviser également les parties osseuses. Ces incisions et sections étant ensuite prolongées dans les parties latérales du bassin et à sa partie postérieure, nous enlevâmes ainsi, et en une seule pièce, le pubis, l'urètre, la vessie, les organes de la génération, l'intestin rectum et quelques unes des parties environnantes.

La symphise du pubis ayant été alors divisée, il fut facile de reconnaître, par une incision qui fendit la paroi antérieure de l'urètre et de la vessie, que ces deux organes étaient sains.

Le vagin ayant été ensuite ouvert à sa paroi antérieure, nous n'y remarquâmes que quelques taches d'une rougeur brunâtre, situées vers son orifice vulvaire. Rien n'indiquait que ces taches fussent l'effet de lésions récentes. Aucune trace de sang ne fut observée sur toute l'étendue de la muqueuse vaginale.

Le museau de tanche et le col de la matrice présentaient assez d'extensibilité pour permettre l'introduction du doigt auriculaire.

Le col utérin ayant été ouvert par une incision de même que la paroi antérieure de la matrice, nous reconnûmes, dans la face interne du premier, quelques petites plaques d'un rouge brun, sans solution de continuité, sans déchirure.

La matrice, qui était aussi développée que vers le deuxième ou le troisième mois de la gestation, fut incisée aussi sur le milieu de sa surface antérieure; et alors nous apparut la cavité utérine, que nous trouvâmes spacieuse et en proportion du développement de la matrice : mais elle ne contenait pas l'œuf fœtal. Elle était tapissée dans toute son étendue par une matière concrescible, assez épaisse, sorte d'enduit muqueux, velouté, grisâtre, formant une espèce de pseudo-membrane incomplétement organisée, qui la remplissait presque en totalité. Aucune

trace d'hémorrhagie n'existait encore dans la cavité utérine.

En dessus de cette cavité utérine s'en trouvait une autre, évidemment formée pour nous dans l'épaisseur du tissu utérin, et située vers la partie supérieure et gauche de la matrice, dans le voisinage de l'extrémité utérine de la trompe de Fallope. Nous ne pûmes nous assurer complétement si celle-ci allait y aboutir, à cause d'une incision faite aux parties, qui nous empêcha de suivre exactement la direction de ce conduit. Mais nous regardons comme très probable qu'il en ait été ainsi, puisque de ce côté nous ne pûmes reconnaître l'orifice utérin de la trompe, tandis que du côté droit on le voyait très distinctement, et qu'il était facile de remarquer que la direction du tube utérin allait vers la partie inférieure et externe de la poche interstitielle.

Cette seconde cavité communiquait-elle avec la cavité utérine proprement dite? C'est ce que nous ne croyons pas pour notre compte, parce qu'en examinant attentivement la suite ou la continuité de l'incision qui a divisé du même coup les deux cavités, nous avons reconnu partout la trace évidente de l'incision par le bistouri, dont le tranchant avait aussi divisé la cloison peu épaisse qui les séparait l'un de l'autre. Toutefois, nous devons dire qu'un de nos confrères avait pu faire pénétrer une sonde en gomme élastique, assez résistante, de la cavité utérine dans la cavité interstitielle, parce que probablement le léger obstacle offert par la cloison très amincie avait été vaincu sans effort. Ce qui nous porte à admettre cette interprétation, c'est qu'en rapprochant les deux parties de la cloison divisée par le scalpel, leurs bords s'appliquaient parfaitement l'un contre l'autre.

Cette seconde cavité, que nous nommerons interstitielle pour laisser à l'autre la dénomination d'utérine, nous a paru manifestement formée dans l'épaisseur même et aux dépens du bas-fond de la matrice, dont le tissu, pour en constituer la paroi, allait tellement en s'amincissant par le fait même de la distension

qu'il avait éprouvée, que cette paroi en était devenue translucide dans une certaine étendue, et permettait de voir le fœtus. On l'eût même prise assez facilement, si l'on y eût regardé légèrement, pour un simple feuillet péritonéal. Mais il nous suffit de jeter un coup d'œil attentif sur la pièce pathologique, pour remarquer distinctement cet amincissement graduel du tissu utérin, qui en était venu au point de n'être qu'un feuillet translucide. Nous avons même fait remarquer cette particularité anatomique à plusieurs de nos confrères à qui nous avons montré la pièce pathologique.

C'était dans cette poche secondaire et interstitielle que se trouvait le fœtus encore entier, avec son placenta et une certaine quantité de liquide à peu près transparent. Cette cavité fœtale étant ouverte, l'eau qui y était contenue s'écoula, et nous vîmes à découvert un petit fœtus d'environ trois mois, du sexe masculin, exempt de toute lésion, et dont le petit cordon ombilical allait aboutir à un placenta greffé en haut et en arrière. La tumeur du kyste fœtal faisait tellement partie intégrante des tissus utérins que, lorsque la pièce anatomique dont nous parlons fut renversée en avant, pendant qu'on finissait de la détacher, cette tumeur continua d'y rester adhérente, retenue qu'elle était par le prolongement aminci du bas-fond de la matrice ou par la poche interstitielle. Quant au volume de cette tumeur, qui s'élevait du côté et en dessus de l'angle utérin gauche, pour lui trouver un terme de comparaison, nous dirons qu'il était au moins comme celui d'un œuf de canard.

Quoique l'examen attentif de la pièce pathologique nous présentât les caractères incontestables d'une grossesse interstitielle, et que l'hémorrhagie excessive, cause de la mort qui était si rapidement survenue, s'expliquât parfaitement à nos yeux par la rupture en quelque point de cette paroi très amincie de la matrice, laquelle servait à former la cavité interstitielle qui logeait le kyste fœtal, néanmoins une autre opinion fut émise, laquelle ne tendait à rien moins qu'à expliquer les phénomènes

observés par une déchirure du bas-fond de l'utérus avec un instrument vulnérant. D'après cette manière d'interpréter le fait, un corps étranger, une sonde en gomme élastique, par exemple, aurait été passée à l'aide d'un spéculum, et par le col utérin, entre la paroi intérieure de l'utérus et la poche des eaux, serait parvenue au fond de l'utérus, et, par les mouvements qui lui auraient été imprimés, aurait produit une perforation; par suite, la matrice, provoquée et excitée, se serait contractée et aurait ainsi expulsé l'œuf fœtal par l'endroit même de la perforation, et, ce que nous aurions pris nous-même pour la tumeur fœtale, n'aurait été que l'œuf humain collé à la matrice par les caillots sanguins. On se fondait, pour appuyer cette opinion, sur les quelques rougeurs que l'on avait remarquées vers l'orifice vulvaire du vagin et vers le col utérin, sur la possibilité d'introduire le petit doigt dans le col utérin, sur la capacité plus grande que dans l'état de vacuité que présentait la matrice, etc.

La cause de cette interprétation, vicieuse à nos yeux, provenait de ce que l'idée d'une grossesse interstitielle ne se présenta pas immédiatement à l'esprit. On voyait la matrice plus développée qu'à l'ordinaire ou à l'état de vacuité, et l'œuf fœtal situé en dehors de sa cavité normale, plus une hémorrhagie abdominale mortelle; aussitôt naquit la pensée d'une déchirure de la matrice, sous prétexte de décoller l'œuf et de produire un avortement. Alors, par cette prétendue déchirure, qu'avec une conviction entière nous regardâmes seulement comme l'effet de l'instrument tranchant, qui, comme nous l'avons déjà dit, après avoir divisé la paroi antérieure de la matrice, en se prolongeant jusqu'à la cavité interstitielle, avait aussi divisé la cloison placée entre les deux cavités par cette prétendue déchirure, l'œuf fœtal décollé serait sorti de la matrice, etc., etc.

Une explication pareille du fait, que l'habitude de ne voir que des cas plus ordinaires pouvait faire regarder comme probable de prime abord, ne pouvait point tenir devant un examen

sérieux : aussi, après avoir plus mûrement réfléchi, après avoir plus attentivement inspecté la pièce pathologique, que nous avions eu la précaution de faire conserver, nous ne pûmes voir le plus léger indice de vraisemblance dans l'opinion qui aurait voulu admettre une déchirure mécanique; mais tout tendit, au contraire, à démontrer que nous avions affaire à une grossesse anormale, à l'espèce dite interstitielle. Telle était notre conviction à cet égard, que nous crûmes ne pouvoir mieux faire que de terminer le rapport que nous avions à remettre à la justice par les conclusions explicatives suivantes :

« 1° La disposition anatomique des parties étant attentivement examinée, et les autres circonstances qui se rapportaient à l'état de l'utérus étant également convenablement réfléchies, nous ne pouvons voir dans le cas pathologique que nous a présenté l'autopsie qu'un cas de grossesse extra-utérine interstitielle, c'est-à-dire dans laquelle le germe, au lieu d'avoir été déposé et de s'être développé dans la cavité utérine, a pris son évolution dans l'épaisseur même de la paroi supérieure de la matrice.— La formation de cette poche dans le voisinage même de l'orifice utérin de la trompe de Fallope, laquelle peut-être et probablement même allait s'y ouvrir ; l'étude anatomique de cette poche elle-même, qu'il était facile de reconnaître, pratiquée dans l'épaisseur même du tissu utérin; l'impossibilité pour nous de nous expliquer, d'une manière tant soit peu satisfaisante, sa formation autrement qu'en adoptant l'idée d'une grossesse interstitielle; l'explication facile et naturelle de tout ce que nous avons remarqué par l'admission de cette opinion, sont autant de raisons qui nous l'ont fait adopter avec une entière conviction.

» 2° Le volume plus considérable de la matrice et sa capacité plus grande que dans son état de vacuité ne sont pas une raison de penser que ce développement est la conséquence du séjour du fœtus dans sa cavité normale, parce qu'il est attesté par les auteurs qui ont écrit sur cette matière que le plus sou-

vent peut-être, dans les cas de grossesse extra-utérine, la matrice, quoique ne contenant pas le germe embryonnaire, devient, pendant les premiers mois, aussi volumineuse que si la grossesse était intra-utérine : c'est ce dont conviennent sans peine les auteurs qui ont traité de la grossesse extra-utérine.

» 3° L'existence de cette substance amorphe, concrescible, assez épaisse, quasi pseudo-membraneuse, que nous avons trouvée tapissant tout l'intérieur de la cavité utérine et le remplissant presque, au lieu de contredire l'opinion que nous admettons, tend plutôt à la confirmer, puisque, d'après Bertrandi, Chaussier, MM. Velpeau, Paul Dubois et autres, tous bien compétents en cette matière, on la rencontre fréquemment dans les grossesses extra-utérines, et que, dans le cas actuel, avec les circonstances qui auraient entouré la mort, d'après l'opinion qui voudrait admettre l'intervention d'une main étrangère, nous ne pourrions nous en expliquer la formation, car la mort étant survenue dans l'espace de huit ou dix heures, à dater du moment des vives douleurs, c'eût été trop peu de temps pour que cette formation eût été possible.

» 4° Nous avons dit qu'au lieu d'une communication préexistante entre les deux cavités, nous n'avions reconnu qu'une division produite par le scalpel; mais, dans le cas même où une ouverture aurait réellement existé, ce qui s'expliquerait assez bien par l'excès d'amincissement de la cloison interposée, cette ouverture aurait été dans tous les cas trop petite pour que l'œuf fœtal dont le volume, avons-nous dit, ressemblait ou plutôt était assimilable à celui d'un œuf de canard, eût pu la traverser dans cet état d'intégrité que nous reconnaissions.

» 5° Les quelques taches brunâtres qui se trouvaient vers l'orifice vulvaire du vagin, celles aussi que nous avons trouvées dans la cavité du col utérin, lesquelles ne s'accompagnaient pas de déchirure ni de traces de lésions récentes, sont loin d'impliquer nécessairement l'intervention ou l'action d'un corps étranger : elles s'expliquent plus naturellement et plus ration-

nellement par l'admission d'un peu de phlogose chronique en ces parties. — J'en dirai tout autant de la particularité qu'offrait le corps utérin, d'être assez extensible pour se laisser pénétrer par le petit doigt; cela s'expliquait d'une manière plus naturelle par la laxité du tissu utérin occasionnée par l'hémorrhagie, comme aussi par la circonstance d'accouchements antérieurs.

» 6° Nous allons plus loin : nous considérons comme insoutenable l'hypothèse d'une perforation mécanique de la matrice, par laquelle l'œuf se serait échappé ou aurait été expulsé de sa cavité, parce que, 1° si l'œuf fœtal, dont le volume devait au moins remplir la cavité utérine, s'y fût jamais trouvé, il serait plus qu'extraordinaire, pour ne pas dire impossible, qu'un instrument quelconque eût pu atteindre et perforer la paroi supérieure de la matrice, sans produire la plus légère dilacération dans les diverses parties de l'œuf fœtal; — 2° parce que, avec l'admission d'une perforation par déchirure mécanique, nous aurions dû rencontrer une solution de continuité à bords bien évidemment déchirés et saignants encore, tandis que tout indiquait une division régulière, produite par le scalpel, et que l'on ne rencontrait pas une seule goutte de sang dans l'utérus; — 3° parce qu'une déchirure eût facilité immédiatement le passage du fœtus dans la cavité péritonéale, et n'eût pas permis dans si peu de temps qu'une poche régulière se fût formée aux dépens de l'utérus pour le contenir en entier; — 4° parce que, pour admettre ce passage de l'œuf fœtal hors de la cavité utérine, il faut au préalable supposer nécessairement un décollement du placenta du point où il était implanté : or, ce décollement aurait dû rigoureusement s'accompagner d'une hémorrhagie externe plus ou moins considérable, comme à la suite d'un avortement quelconque, tandis que ni la cavité utérine, ni le conduit vulvo-utérin n'en présentait absolument aucune trace, etc., etc.

» Plus, par conséquent, nous réfléchissons au cas en question et aux signes anatomiques que nous avons remarqués, de même

qu'aux raisons par lesquelles on voudrait appuyer une autre opinion que celle que nous émettons, plus nous demeurons convaincu que la femme défunte présentait un cas de grossesse interstitielle bien caractérisée, et que sa mort doit être attribuée, non à une action mécanique et criminelle, mais seulement à la rupture en un point des parois très amincies de la poche interstitielle, et à l'hémorrhagie abdominale et très abondante qui s'en est suivie. »

Ces conclusions ayant terminé notre rapport, nous avons lieu de penser que nos confrères en admirent d'analogues et sans restriction, après avoir, comme nous, bien pesé toutes les circonstances du fait qui nous était soumis, attendu que, quoique nous eussions pris nous-même la précaution d'avertir la justice que la pièce pathologique était conservée, et pouvait être, par conséquent, soumise à d'autres experts, il n'a pas été fait de nouvelle enquête.

Lorsque des faits aussi insolites et aussi exceptionnels se présentent, l'esprit surpris peut ne pas les envisager de prime abord sous leur véritable point de vue ; mais un examen plus attentif, une inspection plus minutieuse, ramènent bientôt à leur véritable appréciation. Il était important qu'il en fût ainsi pour le cas que nous venons de relater, puisque, si la grossesse interstitielle n'eût pas été reconnue, la justice eût été mise en mesure de trouver là l'intervention du crime, et de rechercher quelle avait été la main doublement homicide qui avait assassiné la mère et l'enfant!

Telle est la relation consciencieuse du cas de grossesse interstitielle dont nous avons été témoin pour la première fois. Un double motif nous a porté à en donner communication à l'Académie royale de médecine ; le premier, c'était la rareté du fait en lui-même, que l'on pourra ajouter à la liste peu étendue encore des cas de ce genre ; le second se trouve dans la particularité même par laquelle ce fait a failli être pris pour une perforation mécanique de l'utérus. Puisse le corps savant

auquel nous avons l'honneur de nous adresser trouver quelque intérêt dans cette communication !

Il nous eût été bien agréable d'adjoindre, à l'appui de notre observation, la pièce pathologique, qui, quoique assez mutilée par l'autopsie, laisse encore reconnaître les particularités que nous venons de décrire. C'eût été un complément précieux de notre relation. Mais comme il nous a été impossible de nous la faire céder par la personne qui la possède, nous n'avons pas cru, pour ce motif, devoir laisser dans l'oubli un fait qui nous a paru offrir un véritable intérêt.

EXPOSÉ SOMMAIRE D'EXPÉRIENCES

FAITES SUR LES ANIMAUX

DANS LE BUT DE CONSTATER SI LA SÉCRÉTION URINAIRE EST SUPPRIMÉE DANS

L'EMPOISONNEMENT AIGU ET SURAIGU

PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX,

PAR O. DE LAFOND,

Professeur de pathologie et de médecine légale à l'École vétérinaire d'Alfort.

MESSIEURS,

Dans la séance du 17 août 1841, l'Académie, après avoir discuté la question de savoir si, dans l'empoisonnement aigu par l'acide arsénieux, la sécrétion urinaire était supprimée ou continuait à s'exécuter, a adopté la conclusion suivante : « La sécré-» tion urinaire n'a pas été suspendue chez les animaux soumis » sous nos yeux à l'action de l'arsenic; mais les expériences » n'ont pas été encore assez nombreuses et assez variées pour » que l'on puisse, quant à présent, déterminer rigoureusement » l'influence de l'arsenic sur la fonction indiquée ci-dessus (1). »

La question de savoir si la sécrétion urinaire continue à s'opérer pendant l'empoisonnement aigu, ainsi que tendent à le démontrer les expériences de M. Orfila, ou si elle est supprimée, ainsi qu'il paraît résulter des essais tentés par MM. Flandin et

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, t. VI, p. 1035; t. VIII, p. 810.

Danger, méritait d'être résolue d'une manière affirmative ou négative. En effet, si les hommes, si les animaux en proie à l'empoisonnement arsenical aigu n'urinent pas, la médecine légale humaine et la médecine légale vétérinaire sont privées de l'analyse d'un produit sécrété qui peut conduire à la découverte du poison, soit pendant la vie, soit après la mort. Que si, au contraire, les reins de l'homme et des animaux sécrètent de l'urine contenant de l'arsenic lors de l'empoisonnement aigu, ce liquide, expulsé naturellement ou retiré à l'aide d'une sonde, peut faire constater le crime pour l'homme et le délit pour les animaux.

C'est, messieurs, à la solution de cette importante question que j'ai voulu concourir en empoisonnant des chevaux et des chiens avec une très forte dose d'acide arsénieux pour m'assurer si la sécrétion urinaire était supprimée ou si elle continuait à s'opérer. Pour m'assurer si l'empoisonnement, que j'étais dans l'intention de déterminer, était positivement aigu, j'ai pris connaissance des expériences faites par deux membres de cette savante assemblée, MM. Bouley et Orfila. Il résulte, d'une part, des essais de M. Bouley que le cheval est empoisonné par 60 grammes d'acide arsénieux en poudre administré en électuaire, et que la mort survient au bout de 46, 52 et 144 heures.

Les expériences récentes de M. Orfila démontrent, d'autre part, que l'acide arsénieux en poudre, donné à l'intérieur à la dose de 20 à 30 centigrammes à des chiens auxquels l'œsophage a été lié après l'administration, a déterminé la mort après 14 et 57 heures;

Que 10 centigrammes de ce poison en poudre, déposé dans le tissu cellulaire de la face interne de la cuisse des chiens, occasionnent la mort au bout de 30 à 48 heures;

Enfin, que la solution d'acide arsénieux donnée à la dose de 25, 35, 40 et 50 centigrammes dissous dans l'eau distillée, cause la mort en quelques heures.

Réfléchissant que, dans la majorité des cas, le crime ou le

délit d'empoisonnement était occasionné par la poudre d'acide arsénieux, jetée dans des boissons qui ne se dissolvent qu'en partie, ou associée à des aliments qui la conservent presque intacte, j'ai dû, dans mes expériences, administrer des breuvages empoisonnés se trouvant à peu près dans les mêmes conditions que ceux préparés par les malfaiteurs. J'ai donc fait prendre l'acide arsénieux, partie en solution, partie en suspension. Pour les chevaux, j'ai d'abord donné la dose de 30 grammes dans 1 à 3 litres d'eau de rivière; ensuite, pour susciter un empoisonnement suraigu, je l'ai portée à celle de 60 grammes en solution parfaite dans 6 litres du même véhicule. Cette dernière dose, quoique étant la même que celle administrée par M. Bouley, devait produire un empoisonnement plus rapide, puisque je faisais prendre l'acide arsénieux en solution parfaite, et que M. Bouley ne l'avait donné qu'en poudre et en électuaire.

Pour les chiens, le poids d'acide arsénieux administré par la gueule a été de 5 grammes, partie en solution, partie en suspension, quantité double et triple de la plus forte dose donnée aux animaux de cette espèce par M. Orfila et les membres de la commission chargés de répéter les expériences de MM. Flandin et Danger.

Je devais donc être persuadé que toutes les bêtes que j'allais faire périr succomberaient à un empoisonnement aigu et suraigu; toutefois, pour bien fixer la valeur de mes tentatives par la solution parfaite de 60 grammes d'acide arsénieux, j'ai, comme essai, empoisonné un cheval avec 16 grammes de ce poison en solution, et cet animal est mort en quatre heures.

Afin de favoriser l'action toxique locale du poison et son absorption rapide, et de placer la sécrétion urinaire dans des conditions défavorables, les animaux ont été privés d'aliments et de boissons vingt-quatre heures avant l'administration du poison, et depuis ce moment jusqu'à leur mort.

Pour chercher à me convaincre que la sécrétion urinaire n'était point supprimée ou qu'elle cessait de s'opérer pendant

la manifestation des phénomènes toxiques aigus, je me suis attaché, aussitôt l'administration du poison, à retirer de la vessie l'urine qu'elle pouvait contenir. Sur les chevaux, la ponction du canal de l'urètre à son contour ischiatique a été pratiquée; une sonde en caoutchouc a été introduite dans la vessie, et cette poche a été vidée complétement; ou bien, pour éviter toute excitation de la muqueuse urétro-vésicale, la main et le bras ont été passés dans le rectum, et à l'aide d'une pression exercée du fond de la vessie vers son col, l'urine a été forcée de s'échapper de son réservoir.

Les chiennes ont été sondées avec une algalie en gomme élastique enduite de cérat, et l'écoulement de l'urine a été rendu complet à l'aide d'une pression exercée par l'index et le médius placés dans le vagin; enfin, je me suis assuré, après chaque administration du poison, que la vessie était rétractée et ne renfermait rien.

Toutes les heures de la durée de l'empoisonnement, l'urine a été retirée de la vessie avec la sonde, ou bien son écoulement a été forcé par la main introduite dans le rectum, ou bien encore le liquide a été expulsé naturellement et recueilli dans une vessie attachée au pénis.

Dans le but de m'assurer comparativement et de la quantité d'urine sécrétée par un animal empoisonné et de celle sécrétée par un animal bien portant de la même espèce, j'ai recueilli aussi exactement que possible toute l'urine expulsée par des chevaux et des chiens en bonne santé privés d'aliments et de boissons durant 48 heures.

Ces tentatives m'ont appris que les reins de deux chevaux avaient sécrété en moyenne $0^{l},118$ d'urine toute les heures, et que, pendant le même temps, les reins de deux chiens en avaient sécrété $0^{l},024$.

La présence de l'acide arsénieux dans l'urine des animaux en proie à l'empoisonnement a été constatée soit en mettant une portion d'urine dans un petit appareil de Marsh simplifié,

suivant la méthode de M. Orfila, soit en carbonisant d'abord l'urine évaporée par de l'acide azotique pur et opérant alors sur le lavage du charbon.

Le premier procédé a été employé lorsque l'urine était peu visqueuse, et que sa quantité permettait de faire deux essais pour contrôler l'un par l'autre. Pour éviter l'inconvénient de la mousse, on introduisait toujours dans le flacon une couche d'huile d'olive, d'un centimètre à un centimètre et demi de hauteur.

La seconde méthode a été pratiquée sur l'urine peu abondante et très chargée de mucus que rendaient, dans certaines circonstances, les animaux soumis à l'expérimentation.

Afin d'éviter le passage de quelques particules d'acide et d'huile, on avait placé dans le tube recourbé par lequel se dégageait le gaz, un petit faisceau de fils d'amiante, long de 3 à 4 centimètres.

Toutes ces analyses ont été faites avec le plus grand soin par mon collègue M. Lassaigne.

J'ai fait connaître les conditions dans lesquelles les animaux ont été placés avant et pendant l'empoisonnement par l'acide arsénieux, la dose à laquelle j'ai administré le poison, soit en solution et en suspension tout à la fois, soit en solution parfaite; les moyens que j'ai mis en pratique pour m'assurer si la sécrétion urinaire continuait à s'opérer pendant les phénomènes d'intoxication; les procédés chimiques qui ont été employés pour constater l'arsenic dans l'urine; il ne me reste plus, messieurs, qu'à vous communiquer les résultats que j'ai obtenus de douze expériences faites tant sur les chevaux que sur les chiens.

1° La durée de l'empoisonnement dans les chevaux a été d'une heure, d'une heure 20 minutes, 8 heures, 21, 29 heures, et n'a pas dépassé 51 heures.

Dans les chiens, cette durée a été de 5 heures, 8 heures, et n'a pas été au-delà de 12 heures.

2° Les symptômes observés pendant la vie, les lésions constatées après la mort ont démontré positivement un empoisonnement aigu ou suraigu. Dans quelques animaux, l'inflammation de la muqueuse intestinale a été si violente, qu'elle a suscité en une heure la formation de plusieurs mètres de fausses membranes canaliculées, ayant la forme de l'intestin.

3° Dans tous ces animaux, en proie par conséquent à l'empoisonnement aigu et suraigu, la sécrétion urinaire n'a pas été supprimée pendant la durée de l'intoxication.

4° La quantité d'urine retirée de la vessie avec la sonde, expulsée naturellement, recueillie dans la poche urinaire après la mort, a été différente selon que les phénomènes toxiques se sont montrés aigus ou suraigus. Cependant cette quantité n'a point été au-dessous de 2 centilitres, et au-dessus de 3 litres dans les chevaux. Chez les chiens, elle n'a pas été au-dessous de 3 centilitres et au-dessus d'un décilitre.

5° La moyenne proportionnelle d'urine sécrétée en une heure par les animaux en bonne santé, comparée à celle sécrétée également pendant une heure par les animaux de la même espèce en proie à l'empoisonnement aigu, a été pour les chevaux : : 347 : 100, et pour les chiens : : 24 : 4, proportion qui démontre que la sécrétion de l'urine n'est pas *supprimée durant l'empoisonnement aigu*, ainsi que l'ont avancé MM. Flandin et Danger, mais bien *notablement diminuée.*

6° L'urine ne commence à charrier le poison que dans le moment où des symptômes bien évidents d'intoxication signalent que l'acide arsénieux a été absorbé et circule avec le sang. Toutefois le temps qui s'est écoulé entre l'administration de l'acide arsénieux et celui où ce poison a été constaté dans l'urine, n'a pas été moins d'une heure et n'a pas dépassé 7 heures.

7° Les taches arsenicales, retirées de l'urine par l'appareil de Marsh et déposées sur des soucoupes de porcelaine, étaient gé-

néralement très brillantes, et ont présenté toutes les réactions chimiques qui les caractérisent dans leur état de pureté.

Tels sont, messieurs, les résultats de mes recherches. J'ai l'honneur de remettre à l'Académie les détails circonstanciés de toutes les expériences auxquelles je me suis livré. Cette savante assemblée pourra ainsi juger de leur exactitude comme aussi de la valeur que j'ai pensé devoir leur accorder.

EXPOSÉ DES EXPÉRIENCES.

Pour parvenir à la solution de l'importante question de savoir si les animaux empoisonnés par une grande dose d'acide arsénieux ou en proie à l'empoisonnement aigu, urinent ou n'urinent pas, j'ai dû me livrer à deux séries de recherches.

Dans la première série, j'ai tenté de m'assurer de la quantité d'urine sécrétée en moyenne pendant une heure par des animaux bien portants privés d'aliments et de boissons pendant 48 heures.

Dans la seconde, j'ai voulu constater si, pendant l'empoisonnement aigu, les animaux urinent, ainsi que l'assure M. Orfila, ou démontrer qu'ils n'urinent pas, ainsi que le prétendent MM. Flandin et Danger.

Des tableaux terminent mon travail, et font voir comparativement la quantité d'urine sécrétée, tant par les animaux bien portants que par ceux en proie à l'empoisonnement arsenical aigu et suraigu.

PREMIÈRE SÉRIE.

EXPÉRIENCES FAITES DANS LE BUT DE S'ASSURER DE LA QUANTITÉ D'URINE SÉCRÉTÉE PAR DES ANIMAUX BIEN PORTANTS ET MAINTENUS A JEUN PENDANT 48 HEURES.

Procédés employés pour s'assurer de la quantité d'urine sécrétée.

A. CHEVAUX. — Deux tiges en plomb, du volume d'une petite plume à écrire, ont été passées dans le corps caverneux de l'origine de la partie libre du pénis, puis retournées et entrecroisées pour former un anneau. Une grosse vessie de cheval, dont le col a été dilaté et auquel ont été attachés deux liens, a reçu la partie libre du pénis, qui alors se prolongeait de 4 à 5 centimètres dans l'intérieur de la vessie. Les liens attachés au col de cette poche urinaire ont été solidement maintenus aux anneaux en plomb, en sorte que l'animal a été forcé d'uriner dans la vessie. Dans le but de recueillir l'urine après chaque évacuation, et sans être obligé de déranger l'appareil, une petite ouverture a été pratiquée près du col de la vessie. Ces précautions ayant été prises, la main et le bras ont été introduits dans le rectum et la vessie comprimée de son fond vers son col. Cette pression forçant l'animal à uriner, la vessie a été complétement vidée avant chaque expérience.

Le cheval a été ensuite laissé libre, et exactement surveillé jour et nuit; après chaque évacuation, l'urine a été retirée de la vessie et mesurée avec soin dans un vase de capacité; et les 48 heures écoulées, la vessie a été vidée par le même procédé.

Première expérience. — Cheval entier propre au service de la diligence; taille moyenne; âgé de 7 ans.

La quantité d'urine expulsée en 48 heures a été de 6^{l},70, en une heure 0^{l},139.

Deuxième expérience. — Cheval hongre, propre à la selle; taille moyenne; âgé de 8 ans.

La quantité d'urine expulsée en 48 heures a été de 4^{l},74, en une heure o^{l},017.

La moyenne des quantités d'urine sécrétées dans ces deux expériences, calculée pour une heure, donne o^{l},118.

B. CHIENNES. — La vessie de ces animaux a été vidée à l'aide d'une algalie en caoutchouc, introduite dans la vessie avant l'expérience et après 48 heures.

Première expérience. — Chienne bouledogue, âgée de 4 ans, taille moyenne.

La quantité d'urine sécrétée en 48 heures a été de 1^{l},5 décilitres, en une heure de o^{l},031.

Deuxième expérience. — Chienne braque, âgée de 3 ans, taille moyenne.

La quantité d'urine expulsée en 48 heures a été de o^{l},85, en une heure de o^{l},017.

La moyenne des quantités d'urine sécrétées dans ces deux expériences, calculée pour une heure, donne o^{l},024.

DEUXIÈME SÉRIE.

EXPÉRIENCES FAITES POUR CONSTATER SI LA SÉCRÉTION URINAIRE CONTINUE A S'OPÉRER DURANT L'EMPOISONNEMENT AIGU PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

Première expérience. (21 août 1841.)

Cheval entier de race percheronne, âgé de 11 ans, propre au service de poste.

État de l'animal avant l'expérience.

Le cheval est maigre et affecté de la morve chronique. Les conjonctives sont d'un rose pâle, le pouls donne 32 pulsations par minute, 12 respirations s'exécutent pendant le même temps,

la bouche est dans l'état normal, la région lombaire est sensible.

A dix heures du matin, on incise le canal de l'urètre à son contour ischiatique, dans le but d'éviter l'hémorrhagie ou tout écoulement sanguin pendant les sondages auxquels l'animal devra être soumis plus tard.

A midi et demi, après avoir introduit une sonde en caoutchouc dans la vessie et avoir vidé complétement cette poche à l'aide de la main passée dans le rectum, on engage de nouveau une sonde droite en métal, dans le but de s'assurer si la vessie est complétement vide.

On administre alors 30 grammes d'acide arsénieux, partie en solution, partie en suspension, dans 4l,50 d'eau de rivière; peu de liquide est perdu pendant l'administration. Diète depuis 24 heures.

Trois heures après cette administration, quelques symptômes d'empoisonnement se font remarquer, le pouls donne 53 pulsations par minute; 14 respirations s'exécutent dans le même temps, les battements du cœur sont moins forts.

A 4 heures 3/4, on retire, à l'aide de la sonde, 6 décilitres d'urine. Ce liquide est visqueux et filant. Soumis à l'appareil de Marsh, il n'a point produit de taches arsenicales.

A 6 heures, le pouls donne 56 pulsations par minute, la respiration se fait 14 fois dans le même temps, les battements du cœur sont tumultueux, la bouche est sèche, les conjonctives sont rouges, les matières excrémentitielles ne présentent rien de remarquable.

A 7 heures, on retire de la vessie 2 décilitres d'urine tout-à-fait semblable à la première. Ce liquide, essayé dans l'appareil de Marsh, fournit de petites taches arsenicales.

A 8 heures, le pouls donne 58 pulsations à l'artère sous-zygomatique, les battements du cœur sont toujours forts et vites (64 par minute), 14 respirations. Les reins sont sensibles.

A 9 heures, on retire de la vessie, à l'aide de la sonde, 2 décilitres d'urine mélangée à du sang provenant de la plaie faite à l'urètre.

A minuit, on recueille 2 décilitres d'urine. Le pouls donne 61 pulsations par minute, 16 respirations.

22 *août :* A 2 heures du matin, on recueille la même quantité d'urine qu'à minuit, l'animal est tranquille et dans le même état que ci-dessus.

A 4 heures, on retire 25 centilitres d'urine par l'ouverture artificielle de l'urètre; cette urine est claire et donne des taches arsenicales très belles. — Même état de l'animal.

A 6 heures, on recueille 3 décilitres d'urine, tant par le pénis que par l'ouverture urétrale; l'animal se tourmente un peu, il gratte le sol avec ses membres antérieurs, regarde son flanc et se campe de temps en temps pour expulser de l'urine, mais inutilement. Le pénis est pendant, les reins sont roides, la face est grippée, le pouls est insensible; les respirations sont au nombre de 23 par minute.

A 10 heures et demie, le cheval rend des excréments en très petite quantité; expulsion d'urine qu'on n'a pu recueillir, mais dont la quantité a pu être évaluée à 3 décilitres. — Même état de l'animal.

A une heure après-midi, on retire avec la sonde un décilitre d'urine. Cette urine donne d'abondantes taches arsenicales.

A 3 heures et demie, on sonde l'animal, mais on n'obtient point de liquide.

A 5 heures, légères coliques qui durent jusqu'à 7 heures.

23 *août :* A 6 heures du matin, l'animal est couché sur le côté droit et ne paraît point se tourmenter; expulsion naturelle, par l'ouverture artificielle, d'un décilitre d'urine. Les respirations sont au nombre de 26 par minute, le pouls est insensible, les reins sont très roides, la bouche est sèche; l'animal se couche de nouveau.

A 10 heures et demie, on retire avec la sonde 5 centilitres

d'urine. — Même état de l'animal que ci-dessus. — Cette urine fournit des taches arsenicales fortes et nombreuses.

A midi et demi, on recueille 4 centilitres d'urine; faiblesse générale; 26 respirations par minute, pouls insensible, battements du cœur très forts (86 par minute).

A 2 heures, l'animal paraît très agité, il a peine à se tenir debout, chancelle quelques instants, puis tombe comme une masse; contractions spasmodiques de la lèvre inférieure; agitation continuelle.

24 *août :* A 4 heures du soir, coliques violentes, balancement de la tête de haut en bas, grincement de dents.

A 5 heures et demie, l'animal meurt.

Ouverture, faite 30 minutes après la mort.

Estomac. L'estomac contient beaucoup de liquide et peu d'aliments, la muqueuse du sac droit est noire dans beaucoup d'endroits, le tissu cellulaire sous-muqueux est très infiltré, le bord frangé qui réunit la muqueuse du sac droit à celle du sac gauche est fortement cautérisé.

Intestin grêle. Cet intestin renferme beaucoup de liquide glaireux; la muqueuse de la partie moyenne offre de nombreuses et larges taches rouges, principalement aux endroits occupés par les follicules muqueux; une fausse membrane peu épaisse, blanchâtre, peu résistante, double cette muqueuse dans toutes les parties qui offrent des traces d'une vive inflammation.

Cœcum. Le cœcum présente dans quelques points de son étendue des traces d'inflammation caractérisées par une rougeur vive, avec léger épaississement de la muqueuse.

Colon. Le colon, dans ses parties recourbées, présente des rougeurs vives de la muqueuse avec infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux.

Rate. La rate offre à sa surface et dans sa substance des taches noirâtres formées par du sang épanché.

Reins. Le bassinet des reins contient du mucus, la substance corticale est noirâtre et vivement injectée.

Vessie. La vessie est rétractée et ne contient point d'urine; sa muqueuse est ecchymosée vers son fond.

Poumons. Le poumon présente beaucoup de tubercules à sa surface, la muqueuse des bronches est rouge.

Cœur. Le ventricule droit ne renferme pas de sang, et la membrane qui le revêt n'offre rien d'anormal; la gauche présente au-dessous de la membrane interne des ecchymoses dans quelques points de son étendue.

Le *foie*, le *larynx*, l'*œsophage* ne présentent rien de remarquable.

RÉSUMÉ.

Un cheval de poste a été empoisonné par un breuvage formé de 25 grammes d'acide arsénieux en dissolution et en suspension dans 4 litres d'eau de rivière.

L'animal est mort en 51 heures 30 minutes.

La quantité d'urine sécrétée pendant les 5 heures 30 minutes qui ont suivi l'administration a été de 6 décilitres.

Cette urine ne renfermait point d'arsenic.

Pendant les 46 heures qui ont suivi, et par conséquent jusqu'au moment de la mort, la quantité d'urine sécrétée a été de 1 litre 9 décilitres 5 centilitres.

Cette urine a donné des taches arsenicales.

Le total de la quantité d'urine sécrétée pendant toute la durée de l'empoisonnement a été de 2^{l},55.

L'autopsie a fait reconnaître des désordres aigus dus à l'intoxication.

Deuxième expérience. (28 août 1841.)

Jument propre au service de trait, de l'âge de 14 ans. Cette bête, quoique maigre et portant des cicatrices récentes sur les côtes, le garrot et le dos, paraît cependant conserver beaucoup de vigueur; elle a les muqueuses pâles, et porte une ecchymose sur la conjonctive droite. — 39 pulsations, 11 respirations par minute. 24 heures de diète.

6 *heures du matin.* Dans le but de favoriser l'administration du breuvage empoisonné et d'éviter tout passage par la trachée, on fait une incision à l'œsophage, puis à l'aide d'une sonde en gomme élastique introduite jusque dans l'estomac et surmontée d'un entonnoir, on administre 30 grammes d'acide arsénieux, partie en solution, partie en suspension dans 3l,05 d'eau de rivière. L'introduction du poison s'étant effectuée sans perte sensible, une suture est faite à l'œsophage et à la peau ; la vessie est ensuite vidée à l'aide d'une algalie bien graissée, et par une pression lente et graduée, exercée sur la poche urinaire par la main introduite dans le rectum. Ces diverses opérations terminées, la jument est mise à l'écurie et surveillée scrupuleusement dans le but de recueillir l'urine qui serait expulsée naturellement, de sonder la vessie et de retirer toutes les deux heures le liquide qu'elle pourrait contenir.

9 *heures* 30 *minutes.* L'animal expulse 2 décilitres d'urine qui, soumise à l'appareil de Marsh, fournit d'abondantes taches arsenicales.

10 *heures.* Le pouls donne 53 pulsations, les respirations sont au nombre de 19. Les battements du cœur sont violents et tumultueux ; tristesse, anxiété.

11 *heures* 40 *minutes.* Expulsion naturelle d'un décilitre d'urine qui donne de fortes taches arsenicales.

Midi. 60 pulsations, 9 respirations ; une salive mousseuse et abondante s'écoule de la bouche. — L'animal paraît affaibli.

2 *heures.* On recueille avec la sonde 5 centilitres d'urine ; — même état de l'animal ; — l'urine n'est point analysée.

4 *heures.* 87 pulsations, 14 respirations. On obtient un décilitre d'urine avec la sonde ; on n'en continue plus l'analyse.

6 *heures.* 87 pulsations, 19 respirations.

6 *heures* 25 *minutes.* On recueille avec la sonde 5 centilitres d'urine.

8 *heures.* 101 pulsations, 20 respirations. Le sondage fournit

2 centilitres d'urine filante et sanguinolente ; la salivation est toujours abondante, les conjonctives sont rouges et injectées.

10 *heures.* L'agitation et la tristesse paraissent augmenter; c'est à peine si l'on peut retirer un centilitre d'urine; la sécrétion de cette liqueur est considérablement diminuée.

Minuit. On ne peut plus obtenir d'urine, l'agitation est extrême.

29 *août.* — 2 *heures du matin.* Le pouls est irrégulier et toujours très vite; l'animal gratte constamment le sol et ne reste pas en place.

4 *heures.* La bête fait de vains efforts pour expulser de l'urine; mais la vessie est petite et rapetissée; le vagin et la vulve sont rouges et tuméfiés.

6 *heures.* Pouls insensible, battements du cœur forts et nombreux (112); respiration profonde, entrecoupée, sueurs partielles à la base des oreilles et à la face interne des cuisses.

7 *heures.* On retire avec la sonde un décilitre d'urine; agitation continuelle; l'animal reste dans un état d'abattement profond jusqu'à 9 heures du soir; à cette époque, il tombe à terre, se débat pendant quelques minutes, se relève et rejette par le rectum des matières muqueuses verdâtres associées à des excréments et à beaucoup de liquide.

30 *août.* — 5 *heures et demie du matin.* Le pouls est tout-à-fait insensible, les battements du cœur sont très violents, et l'animal est fort abattu. On parvient par le sondage à recueillir 5 centilitres d'urine.

6 *heures et demie.* L'animal tombe violemment sur le sol, se débat et agite ses membres antérieurs; les postérieurs sont comme paralysés et ne jouissent d'aucune sensibilité; sueurs froides à la base des oreilles, à la face interne des cuisses et aux mamelles. La face est grippée, les dents frottent fortement les unes contre les autres; les yeux pirouettent dans l'orbite, et le

corps clignotant vient souvent recouvrir la face antérieure de l'œil; enfin, l'animal meurt à 7 heures 25 minutes du matin.

Autopsie, faite 35 minutes après la mort.

Appareil digestif.

Estomac. Cet organe renferme une très petite quantité de matières alimentaires associées à un liquide jaunâtre. Sur diverses parties du sac droit on rencontre des taches blanches dues à l'acide arsénieux non dissous, et attaché encore à la muqueuse; cette dernière est détruite; au-dessous de ces taches, et dans le reste de son étendue, elle est molle et se déchire assez facilement. Le tissu cellulaire sous-muqueux, sous-jacent à ces taches, est vivement injecté. Dans les endroits où la muqueuse n'est point attaquée, elle est rouge, sensiblement épaissie, et son tissu cellulaire est infiltré de sérosité.

Le pylore offre aussi des taches dues à la cautérisation.

Intestin grêle. — 1re *portion.* — Cet intestin renferme peu de liquide; on y remarque des plaques rouges de grandeur variable; ces plaques se continuent dans la portion moyenne, où elles sont disséminées çà et là; elles sont d'autant plus nombreuses et d'un rouge plus vif qu'on approche davantage du cœcum.

Cœcum. Ce viscère renferme des matières alimentaires associées à de la sérosité sanguinolente. Toute l'étendue de ce gros intestin est rouge et ecchymosée; la pointe est d'un rouge noir très foncé; la muqueuse est épaissie, ramollie, et gorgée d'un sang noir. Le tissu cellulaire sous-muqueux, très injecté, est infiltré de sérosité sanguinolente.

Colon. Depuis le repli pelvien jusqu'à la courbure gastrique descendante de ce viscère, on remarque des taches d'un rouge noirâtre continues les unes aux autres, et occupant la totalité, la moitié ou le tiers du diamètre de cet organe. La muqueuse est molle, épaissie, très facile à déchirer; le tissu cellulaire sous-muqueux est vivement injecté et infiltré de sérosité sanguinolente. Dans le reste de l'étendue du colon et dans toute sa

portion flottante, on rencontre quelques taches rouges. Les matières alimentaires renfermées dans cette portion de l'intestin sont assez consistantes, quoique pénétrées de liquide sanguinolent.

Reins. La substance corticale est rouge-noirâtre, le bassinet rénal droit est un peu injecté.

Vessie. La vessie est petite, rapetissée, et renferme seulement quelques gouttes d'urine; sa muqueuse est rouge-noirâtre et épaissie.

Appareil circulatoire.

Cœur. Le ventricule droit renferme un caillot blanc et noir. Quelques ecchymoses se remarquent dans le ventricule gauche.

Poumon. Rien de remarquable.

Muqueuses de l'utérus et du vagin rouges et injectées.

RÉSUMÉ.

Une jument de trait, âgée de 14 ans, a reçu dans l'estomac, à la faveur d'une ouverture faite à l'œsophage, 30 grammes d'acide arsénieux en solution et en suspension dans 3^{l},05 d'eau de rivière.

L'animal est mort en 49 heures 25 minutes.

3 heures 30 minutes après l'administration, l'urine qui a été recueillie renfermait de l'arsenic; la quantité d'urine expulsée ensuite a été de 4 décilitres pendant 46 heures : total de l'urine sécrétée pendant toute la durée de l'empoisonnement, 0^{l},67. L'autopsie a démontré des désordres très aigus dans l'estomac et dans toute l'étendue du canal intestinal.

Troisième expérience. (30 août 1841.)

Cheval entier de race percheronne, âgé de 6 ans.

État de l'animal avant l'expérience. — Cheval morveux, maigre; on compte 36 à 38 pulsations, et 12 à 13 respirations

entrecoupées. Les conjonctives sont d'un jaune pâle. Dans l'intention de pouvoir recueillir exactement toute l'urine qui serait sécrétée et expulsée naturellement pendant la durée de l'empoisonnement, on passe deux anneaux en plomb dans le corps caverneux du pénis à 10 et 15 centimètres de la tête de cet organe, et on attache à ces anneaux des liens soutenant une vessie dans le col dilaté de laquelle on engage toute la partie libre du membre.

30 *août.* A midi, l'animal étant à jeun depuis 24 heures, on pratique l'œsophagotomie; on introduit une sonde dans l'œsophage, et on administre par cette voie artificielle 30 grammes d'acide arsénieux en solution et en suspension dans $3^{l},05$ d'eau de rivière.

Une suture est faite à la peau et à l'œsophage; puis, après avoir forcé l'animal à uriner en pressant la vessie avec la main par le rectum, on attache la vessie aux anneaux métalliques fixés au pénis.

2 *heures.* Des phénomènes d'intoxication se manifestent. L'animal est triste, les conjonctives sont injectées; le pouls donne 40 et 44 pulsations par minute; respirations 12 et 13; bouche chaude et pâteuse.

5 *heures.* Les muqueuses sont vivement injectées; pouls 45 à 48 pulsations; respirations 12 et 15; la bouche est chaude et renferme beaucoup de salive.

6 *heures et demie.* L'animal se campe et expulse naturellement 16 décilitres d'urine épaisse, sédimenteuse. Cette urine donne de fortes taches arsenicales.

9 *heures.* 18 à 20 respirations plaintives par minute; bouche très chaude; l'animal mâchonne sans cesse; battements du cœur forts; la peau est chaude; sueurs partielles à la base des oreilles et à la face interne des cuisses; 30 et 32 respirations par minute.

31 *août:* 1 *heure et demie du matin.* Le pouls est petit et vite; 50 à 60 pulsations; battements du cœur forts et retentissants.

2 *heures* 20 *minutes.* L'animal est inquiet, puis tout-à-coup se laisse tomber comme une masse sur le côté droit; respirations 36 par minute; pouls petit et vite; 56 pulsations par minute; bouche chaude; langue rouge à sa pointe et à ses bords. L'animal se relève après un quart d'heure.

4 *heures* 10 *minutes.* Anxiété très grande; l'animal frappe le sol tantôt avec ses membres antérieurs, tantôt avec les postérieurs; respiration plaintive (28 par minute); pouls petit, vite; 50 à 52 pulsations par minute; les battements du cœur sont très forts, on les perçoit facilement du côté droit en appliquant la main en arrière du coude.

5 *heures un quart.* L'animal est plus calme; pouls petit et moins vite, 40 à 42 pulsations par minute; battements du cœur moins forts; respiration moins accélérée, 18 et 20 par minute; la bouche est chaude et sèche; la muqueuse buccale est fortement injectée; les conjonctives sont d'une couleur rouge un peu jaunâtre.

7 *heures et demie.* Tristesse profonde; le pouls marque 42 à 46 pulsations; les battements du cœur sont forts; les yeux sont enfoncés dans l'orbite.

10 *heures.* On vide la vessie par le rectum, et on recueille 9 décilitres d'urine épaisse et filante qui donne de fortes taches arsenicales.

Jusqu'à 6 heures du soir, l'animal n'offre rien de remarquable.

6 *heures du soir.* Respirations 25 à 28 par minute; circulation 48 à 50 pulsations par minute; les yeux rentrent de plus en plus dans leur orbite.

7 *heures trois quarts.* L'animal éprouve des coliques.

10 *heures du soir.* On retire 7 décilitres et demi d'urine filante et jaunâtre; 80 à 85 pulsations; respirations 25 et 30. L'animal se tourmente sans cesse.

Pendant toute la nuit l'animal s'agite à plusieurs reprises.

1^er^ *septembre :* 5 *heures* 20 *minutes du matin.* Respirations

plaintives (38 et 40), pouls 78 à 80; conjonctives rouges et marquées de taches pétéchiales; langue d'un rouge violacé à sa pointe et à ses bords; salive mousseuse et abondante.

6 *heures* 40 *minutes*. L'animal devient très inquiet; 48 à 50 respirations; le pouls est insensible; les yeux s'enfoncent de plus en plus dans l'orbite; les battements du cœur sont petits et très vites; sueurs partielles à la base des oreilles et à la face interne des cuisses; contractions violentes des parois abdominales; l'animal se campe; pas de défécation; coliques très fortes. Couché, le cheval se tient sur le sternum, les membres antérieurs repliés sous la poitrine et fortement écartés l'un de l'autre. Il regarde de temps en temps son ventre; enfin, il meurt à 7 heures 30 minutes sur le côté gauche.

Autopsie, 8 heures du matin.

Le sang qui s'écoule à l'ouverture du cadavre est liquide et noir comme de l'encre.

Organes urinaires. La vessie est petite et rapetissée; elle renferme 2 décilitres d'urine purulo-sanguinolente; sa muqueuse est rouge dans toute son étendue; son fond est d'un rouge noir; le tissu cellulaire sous-muqueux est infiltré et fortement injecté; le canal de l'urètre, depuis le col de la vessie jusqu'au contour ischiatique, est injecté. Dans le reste de son étendue, ce canal offre aussi des traces d'irritation. Les substances corticale et tubulée des reins sont rouges, et les tubes de cette substance sont très développés.

Organes circulatoires. Le cœur ne renferme pas de sang; des ecchymoses existent sur les parois ventriculaires; les oreillettes n'offrent rien de remarquable.

Appareil respiratoire. Rien de notable.

Organes digestifs. L'estomac renferme un liquide épaissi, associé à une petite quantité d'aliments. Toute la surface du sac droit est teinte d'un rouge noir, excepté vers la région pylorique, qui néanmoins présente des taches d'un rouge très foncé, disséminées çà et là; son tissu n'est point ramolli, le pylore est vivement

injecté; l'épiderme qui recouvre la muqueuse du sac gauche est enlevé dans une grande partie de son étendue; le tissu cellulaire sous-muqueux est infiltré de sérosité et fortement injecté. Cet état pathologique se fait surtout remarquer dans l'espèce de gouttière que suivent les liquides pour arriver dans le sac droit.

Intestin grêle. Le pourtour de l'orifice du canal hépatique est très injecté. Le duodénum offre de vives traces d'inflammation. La portion moyenne de l'intestin grêle est d'un rouge vif et noir; cette teinte est surtout remarquable au pourtour des glandes de Brunner et de Peyer.

Dans l'étendue de 2 mètres de cet intestin, la muqueuse a été détruite par l'action du caustique; on remarque aussi des points grisâtres formés par du mucus épaissi au-dessous duquel la muqueuse se montre d'un rouge livide. Le jéjunum est un peu plus rouge qu'à l'état normal.

Gros intestin. L'intestin colon renferme un liquide jaunâtre associé à une grande quantité d'aliments; dans la portion ascendante de ce viscère, se remarquent des plaques d'un rouge vif, de la largeur de la main, sans épaississement marqué de la muqueuse.

A partir du repli pelvien et dans l'étendue de 2 mètres, la muqueuse est d'un rouge noir, et le tissu cellulaire sous-muqueux, vivement injecté, est gorgé de sérosité citrine.

Le cœcum est rouge dans toute son étendue; sa muqueuse est cautérisée dans plusieurs points, notamment vers sa pointe. Le tissu cellulaire sous-muqueux est remarquablement infiltré de sérosité.

La muqueuse de la portion flottante et irrégulière du colon est recouverte d'un mucus épaissi; le tissu cellulaire sous-séreux est infiltré et injecté.

La rate présente des taches brunes à sa surface et des points noirs dans son intérieur.

RÉSUMÉ.

Un cheval, âgé de 6 ans, a reçu dans l'estomac, à la faveur d'une ouverture faite à l'œsophage, 30 grammes d'acide arsénieux en solution et en suspension, dans $3^{l},5$ d'eau de rivière.

Dans le but de recueillir l'urine sécrétée et expulsée naturellement et pour ne pas irriter le canal de l'urètre, ainsi que la vessie, par l'introduction de sonde, on attache une vessie au pénis.

L'animal est mort 43 heures 30 minutes après l'administration du liquide empoisonné.

6 heures 30 minutes après cette administration, l'animal a uriné 16 décilitres d'urine qui a donné des taches arsenicales.

Pendant les 37 heures qui ont suivi cette première expulsion, l'animal a uriné $18^{d},5$ d'urine.

La quantité d'urine expulsée pendant les 43 heures 30 minutes de l'empoisonnement a été de $3^{l},45$.

L'autopsie a fait voir tous les désordres d'un empoisonnement très aigu dans toute l'étendue du canal intestinal.

Quatrième expérience. (20 août 1841.)

Cheval de race percheronne, âgé de 7 ans, et atteint de morve aiguë.

Le cheval étant à jeun depuis 24 heures, à 9 heures du matin on fait la ponction du canal de l'urètre au contour ischiatique, on vide la vessie à l'aide d'une sonde métallique, et on donne écoulement à tout le liquide que la poche urinaire peut renfermer, en la pressant à l'aide de la main introduite dans le rectum. Après s'être assuré qu'il ne s'écoule plus d'urine et que la vessie est complétement rétractée, on administre à l'animal 30 grammes d'acide arsénieux en poudre, partie en suspension, partie en solution dans un litre d'eau distillée. Le cheval est mis ensuite en observation.

10 *heures du matin.* L'animal se campe pour uriner, et expulse à différentes fois un décilitre d'urine muqueuse et sanguinolente.

10 *heures* 10 *minutes.* Les phénomènes d'empoisonnement commencent à se manifester, le pouls est vite et très accéléré, la respiration est fréquente, les battements du cœur sont forts et vites. Les conjonctives sont injectées, les extrémités des membres et des oreilles sont froides, la bouche est chaude, la langue et les gencives sont cautérisées par le liquide caustique; faiblesse générale; l'animal chancelle lorsqu'on le fait changer de position.

Midi. On sonde la vessie avec une algalie en caoutchouc, et on retire 2 décilitres d'urine épaisse, jaunâtre et visqueuse. Cette urine est remise à M. Lassaigne pour être soumise à l'analyse; introduite dans l'appareil de Marsh, elle n'a point fourni de taches arsenicales.

1 *heure.* Le pouls, examiné à l'artère glosso-faciale, donne 56 pulsations par minute, et le cœur bat 73 fois; 15 respirations s'exécutent pendant le même temps; le froid des extrémités des membres antérieurs et postérieurs est plus prononcé, les oreilles à leur base sont également froides.

1 *heure* 45 *minutes.* L'animal se campe pour rendre des excréments; pendant cette expulsion, il s'échappe par l'ouverture artificielle pratiquée à l'urètre une quantité d'urine qui n'a pu être recueillie et dont la quantité n'a point été évaluée.

2 *heures* 50 *minutes.* On fait boire à l'animal 4 à 5 litres d'eau froide.

3 *heures* 50 *minutes.* Le cheval fait de nouveaux efforts pour uriner, et laisse échapper par l'ouverture artificielle du canal de l'urètre une urine visqueuse et filante, mais qui devient sanguinolente vers la fin de l'expulsion. Cette quantité est évaluée à un décilitre. Cette urine, introduite dans l'appareil de Marsh, ne donne point de taches arsenicales.

4 *heures* 40 *minutes.* Nouvelle expulsion d'un décilitre d'urine

offrant les mêmes caractères que celle recueillie à 3 heures 50 minutes.

Cette urine, introduite dans l'appareil de Marsh, donne des taches sensibles d'arsenic.

5 *heures* 45 *minutes*. Expulsion d'un décilitre d'urine claire, limpide et filante. Peu de changements dans l'état général de l'animal.

7 *heures* 10 *minutes*. Expulsion d'un décilitre d'urine limpide, visqueuse et filante. L'urine, ainsi recueillie dans ces deux circonstances, produit d'abondantes et fortes taches arsenicales.

8 *heures* 30 *minutes*. L'animal fait de nouveaux efforts pour uriner, et il expulse 6 centilitres d'urine dont les caractères physiques n'ont pu être bien reconnus à cause de l'obscurité de la nuit; toutefois le liquide a paru sanguinolent. Rien de particulier dans les symptômes : seulement, les extrémités des membres et des oreilles sont chaudes.

21 *août* : 5 *heures* 45 *minutes du matin*. Les extrémités des membres sont très froides ainsi que la base des oreilles; le pouls est petit et vite; les battements du cœur, forts et précipités, retentissent des deux côtés de la poitrine; les conjonctives sont rouges et injectées; la bouche est chaude. L'animal remue presque continuellement la queue, cherche à rendre des excréments, mais n'expulse que des mucosités blanchâtres; le rectum est chaud. Une algalie en caoutchouc, introduite dans la vessie, donne écoulement à 6 centilitres d'urine épaisse, visqueuse, d'une odeur forte. Cette urine, ainsi que celle recueillie le 20, à 8 heures et demie du soir, fournit d'abondantes taches arsenicales.

7 *heures* 45 *minutes*. On retire du sang dans une éprouvette; ce liquide est d'un rouge noir, et se coagule en 25 minutes.

7 *heures à midi*. Les battements du cœur sont très nombreux (90 par minute); la respiration est vite (40 par minute); il s'écoule continuellement par le rectum des mucosités blan-

châtres; l'animal se couche à 11 heures, et reste dans cet état jusqu'à une heure.

Une sonde introduite dans la vessie donne encore écoulement à un décilitre d'urine épaisse et filante.

1 *heure* 52 *minutes.* Le cœur bat 120 fois par minute, et la respiration s'exécute 32 fois pendant le même temps; le pouls est insensible.

1 *heure* 55 *minutes.* L'animal éprouve des coliques, se couche avec précaution, se débat un instant et se relève; mais il n'est pas plus tôt sur ses quatre membres qu'il tombe comme une masse, se débat violemment, et meurt, 29 heures 30 minutes après avoir dégluti le breuvage empoisonné.

L'ouverture est faite 30 minutes après la mort.

Cavité abdominale. Rien d'anormal ne s'est fait remarquer dans la position des viscères abdominaux.

Estomac. Sac gauche. Rien de remarquable.

Sac droit. La muqueuse de ce sac est recouverte par beaucoup de mucosités épaissies, au-dessous desquelles le tissu muqueux est d'un rouge livide; son épaisseur est sensiblement augmentée, la déchirure en est facile. Le tissu cellulaire sous-muqueux est infiltré par une abondante sérosité.

Intestin grêle. Ce viscère renferme une grande quantité de mucus associé à beaucoup de liquide.

La muqueuse de cet intestin, un peu au-delà du duodénum, est d'un rouge vif; cette rougeur se continue par plaques dans toute l'étendue de l'intestin grêle.

Cœcum. Le cœcum contient une grande quantité de liquide également visqueux; mais la muqueuse qui le tapisse n'offre rien d'anormal.

Colon. Le colon montre quelques plaques rouges dans sa portion ascendante et descendante.

Rectum. Rien de remarquable.

Foie. Cet organe est maculé par des taches blanches de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Rein droit. Les uretères et le bassinet de ce rein contiennent une certaine quantité d'urine épaisse et glaireuse. La substance corticale paraît être à l'état normal.

Rein gauche. En pressant sur ce rein et sur son canal excréteur, on en fait écouler une urine épaisse et glaireuse. La substance cendrée est légèrement injectée; les canaux urinifères de la substance tubulée paraissent un peu plus gros qu'à l'état normal.

Vessie. La muqueuse de la face interne de la vessie est d'un rouge vif dans beaucoup de parties de son étendue et notamment à son col. Elle ne renferme point d'urine. (L'urine avait été retirée de la vessie 30 minutes avant la mort.)

Cavité pectorale. Poumon droit. Les bronches renferment beaucoup de matières épaisses qui les obstruent; du reste la substance pulmonaire est parfaitement saine.

Poumon gauche. La partie inférieure du poumon gauche offre plusieurs vomiques anciennes. Les bronches qui s'ouvrent dans ces vomiques sont remplies de mucus purulo-sanguinolent.

Cœur. Ventricule droit. Rien qui mérite d'être noté.

Ventricule gauche. La face interne de ce ventricule laisse voir beaucoup d'ecchymoses occupant le tissu musculaire situé au-dessous de la séreuse. Ce ventricule renferme un sang noir, épais et non coagulé.

RÉSUMÉ.

Un cheval a été empoisonné par 30 grammes d'acide arsénieux pulvérisé, en suspension et en solution dans un litre d'eau distillée, et est mort 29 heures 30 minutes après l'administration.

La quantité d'urine expulsée pendant 6 heures a été de 4 décilitres; elle ne renfermait point d'arsenic.

Après 7 heures 30 minutes d'empoisonnement, l'urine a charrié de l'arsenic qui a été signalé par l'appareil de Marsh.

La quantité d'urine sécrétée depuis cette époque jusqu'au

moment de la mort ou pendant 21 heures 30 minutes, a été de 52 centilitres. Elle a toujours donné des taches arsenicales. Total de l'urine sécrétée pendant toute la durée de l'empoisonnement, 92 centilitres.

L'autopsie a fait voir les traces évidentes d'un empoisonnement aigu.

Cinquième expérience. (21 août 1841.)

Cheval entier, propre aux attelages de diligence, âgé de 9 ans.

État de l'animal avant l'expérience. Gaieté et embonpoint; boutons de farcin disséminés sur la surface du corps; engorgement farcineux au membre antérieur droit; 37 pulsations à l'artère glosso-faciale; 17 respirations comptées à la région du flanc le long des hypochondres; muqueuse des conjonctives quelque peu rosée. Diète depuis 24 heures.

10 *heures du matin.* Le cheval subit l'opération de l'urétrotomie au-dessous de l'anus, sur le contour ischiatique.

1 *heure.* La vessie est vidée à l'aide d'une sonde en caoutchouc; on s'assure que la poche urinaire est complétement vide en passant la main dans le rectum. Ces premières manœuvres étant terminées, on administre à l'animal un breuvage composé de 30 grammes d'acide arsénieux en solution et en suspension dans 5 litres d'eau de rivière. La première bouteille du breuvage est versée dans la bouche de l'animal; mais comme il se prête difficilement aux moyens employés pour le faire déglutir, on lui verse le reste de la potion empoisonnée par les cavités nasales, et pas une goutte n'est perdue. On pense cependant qu'il en est entré une petite quantité dans la trachée. Reconduit à l'écurie, l'animal y est examiné de nouveau; il porte la tête basse et bâille de temps en temps; du reste, son pouls, sa respiration et l'état des muqueuses apparentes n'ont pas changé.

5 *heures.* Le cheval manifeste beaucoup de tristesse; il laisse apercevoir de loin en loin quelques mouvements d'impatience et d'inquiétude, et gratte le sol avec ses membres antérieurs.

5 *heures et demie.* Même abattement : cependant des symptômes nouveaux semblent déceler les premiers effets de l'empoisonnement; la respiration s'accélère d'une manière sensible. On compte déjà à la région des hypochondres 38 à 40 mouvements d'élévation et d'abaissement des parois abdominales, et l'on entend s'échapper de la poitrine une respiration plaintive. Le pouls donne environ 52 pulsations par minute. Les muqueuses ne changent pas encore de couleur.

6 *heures.* Les symptômes relatés plus haut sont accompagnés de contractions spasmodiques des muscles abaisseurs du larynx. Les mouvements convulsifs, qu'il est facile d'examiner à la région de la gorge, soulèvent la peau de cette même région, et semblent être isochrones avec les mouvements d'abaissement du thorax lors de l'expiration. La respiration devient bruyante; l'animal se campe pour uriner; mais ses efforts sont inutiles, il n'expulse par la plaie de l'urètre que quelques gouttes d'urine qui coulent le long des jarrets.

6 *heures et demie.* Le malade se campe de nouveau, et cette fois il rejette de l'urine et par la plaie dont il a déjà été question et parle canal de l'urètre. Ce liquide est sanguinolent et peu abondant (2 décilitres environ); on en recueille un centilitre; soumise à l'appareil de Marsh, il donne des taches arsenicales abondantes.

8 *heures* 30 *minutes.* L'agent toxique semble exercer des désordres de plus en plus graves; la respiration est tellement bruyante qu'il est facile de la percevoir à une assez grande distance, et de compter le nombre de fois qu'elle s'exécute. L'abaissement du flanc s'effectue 58 à 60 fois par minute; à des intervalles assez éloignés, le cheval fait entendre une toux rauque un peu sonore qui se répète 2 ou 3 fois de suite. Cette toux, qui semble s'arracher avec peine de la poitrine, est suivie de l'agitation des mâchoires de l'animal et de l'expulsion de mucosités jaunâtres assez épaisses par les naseaux. A cette époque, on est confirmé dans le soupçon qu'on avait du passage dans le tube

aérien d'une certaine quantité de liquide empoisonné. Nouvelles tentatives pour l'expulsion d'une très petite quantité d'urine qui n'a pu être évaluée.

10 *heures.* Expulsion de 2 décilitres d'urine qui donne de fortes taches arsenicales.

22 *août; minuit* 20 *minutes.* On ne trouve sur le sol que quelques traces d'une expulsion récente d'urine. — Mêmes symptômes.

2 *heures du matin.* Même état de l'animal : cependant les conjonctives se colorent en rouge.

4 *heures.* Les conjonctives sont très rouges, la respiration est très accélérée, et le pouls commence à devenir insensible. L'animal expulse 5 centilitres d'urine.

5 *heures et demie.* 2 centilitres d'urine.

6 *heures du matin à* 4 *heures un quart du soir.* Le cheval n'offre rien de remarquable : seulement il s'affaiblit de plus en plus, rejette quelques gouttes d'un fluide séro-sanguinolent par les cavités nasales, et regarde de temps en temps son flanc gauche; pendant ce laps de temps, il n'éprouve ni l'envie d'uriner, ni celle de rejeter des excréments.

4 *heures un quart.* Le cheval semble éprouver des douleurs atroces; il se couche sur le sol, et après quelques instants d'un décubitus pénible, il se relève pour se coucher et se relever alternativement jusqu'à 10 heures du soir; une seule fois, lorsqu'il se couche, il laisse échapper par le pénis 2 centilitres environ d'une urine assez limpide. Cette évacuation involontaire semble avoir été causée par l'ébranlement communiqué à la vessie par la chute de l'animal. La respiration est excessivement pénible.

10 *heures.* L'animal meurt sur le côté gauche.

Autopsie : lundi 23 août, 9 heures du matin, 11 heures après la mort.

Estomac. Sac gauche. La muqueuse est comme chagrinée à sa surface libre, et présente des enfoncements et de légers sillons

dont le fond est rougeâtre; le tissu cellulaire sous-muqueux est le siége d'une forte infiltration séreuse.

Sac droit. La muqueuse porte de nombreuses traces de cautérisation parmi lesquelles s'en remarque une de forme elliptique et dont la longueur peut être de 12 centimètres et la largeur de 5 centimètres; cette plaie, granulée à sa surface et d'un rouge très foncé, tranche vivement sur la couleur rose du reste de la muqueuse stomacale qui n'a pas été cautérisée, et recouvre une large infiltration séreuse.

Intestin grêle. Les premières portions de la partie flottante de l'intestin grêle portent de nombreux pointillés rouges. La portion moyenne renferme un liquide abondant de couleur tirant sur le rose et de la consistance d'une solution de gomme; la muqueuse offre de nombreuses plaques rouges; les dernières portions du même intestin contiennent plusieurs litres d'un liquide grisâtre et boueux; les villosités de la muqueuse de la même portion d'intestin sont grisâtres.

Gros intestin. Il n'offre rien de remarquable, si ce n'est quelques rougeurs disséminées çà et là.

Portion flottante du colon. La surface externe de ce viscère est fortement injectée et infiltrée; la surface interne ou libre porte, jusque près du rectum, de nombreuses taches d'un rouge vif.

Foie. Il présente quelques taches de différentes couleurs qui lui donnent un aspect marbré.

Rein droit. La substance corticale de ce rein se montre à l'état normal, mais la substance tubulée offre des traces rouges disséminées çà et là; le bassinet contient des mucosités épaisses qui ont passé jusque dans l'urètre; la muqueuse qui tapisse la cavité du même rein est fortement ecchymosée.

Rein gauche. Rien de notable.

Vessie. La poche urinaire renferme 53 centilitres d'une urine épaisse et filante, et chargée de beaucoup de mucosités. La muqueuse n'offre aucune trace d'inflammation.

Cœur. Les cavités droites du cœur renferment un énorme caillot de sang ferme et consistant. Les cavités gauches ne contiennent qu'un caillot noir. De nombreuses ecchymoses se remarquent au-dessous de la séreuse du ventricule gauche. Le tissu du cœur est flasque et mou.

Appareil respiratoire. La glotte est rouge et très injectée; l'épiglotte, à sa face postérieure, porte des taches d'un rouge foncé; les ventricules de la glotte sont noirâtres et sillonnés par des vaisseaux gorgés de sang. Ces altérations sont dues évidemment à l'action de l'arsenic qui a passé pendant son administration par les naseaux et l'ouverture laryngienne.

Trachée. La trachée est remplie d'un liquide mousseux rougeâtre. Toute la muqueuse qui la tapisse est injectée.

Les *bronches* offrent les mêmes particularités.

Poumons. Le tissu du poumon gauche est vivement enflammé dans ses lobes inférieurs et antérieurs; soumis à la pression, il laisse couler un liquide sanguinolent spumeux. Le poumon droit se trouve dans les mêmes conditions.

Œsophage. La muqueuse de l'œsophage porte au-dessous de sa couche épidermique de larges rougeurs qui se continuent dans le tissu cellulaire sous-jacent.

RÉSUMÉ.

Un vigoureux cheval de diligence a été empoisonné par 30 grammes d'acide arsénieux en solution et en suspension dans 5 litres d'eau de rivière administrés par la bouche et par les cavités nasales. Une partie du breuvage a passé par la trachée, et est tombé dans les bronches.

L'animal est mort après 21 heures.

Il n'a point expulsé d'urine pendant les 6 heures qui ont suivi l'administration du poison. Après ces 6 heures, 2 décilitres d'urine ont été expulsés. Cette urine a donné de fortes taches arsenicales.

La quantité d'urine sécrétée dès lors a été de 8 décilitres

2 centilitres en 19 heures. Total de l'urine sécrétée pendant toute la durée de l'empoisonnement, 1l,02.

L'autopsie a fait voir des traces évidentes d'un empoisonnement suraigu, dans le canal intestinal et dans les poumons.

Sixième expérience.

Jument de trait, taille moyenne, âgée de 11 ans, affectée de morve aiguë.

État de la bête avant l'expérience. L'animal est très maigre, les conjonctives sont rouges, le bord libre du corps clignotant droit présente quelques petits pointillements rougeâtres. Le pouls est assez fort et donne 46 à 47 pulsations par minute. Les battements du cœur sont très sensibles à la main; à l'auscultation, ils sont réguliers et sonores. La respiration est entrecoupée et s'exécute 14 fois par minute. Les reins sont très peu sensibles. L'animal fait diète depuis 24 heures.

Le 28 août 1841, à 6 heures du matin, on fait parvenir dans l'estomac de la bête et à l'aide d'une incision faite à l'œsophage, d'une sonde en caoutchouc et d'un entonnoir, 30 grammes d'acide arsénieux en solution complète dans 3l,5 d'eau de rivière. Une suture est faite ensuite à la muqueuse, à la membrane charnue de l'œsophage et à la peau.

Cette opération terminée, on introduit dans la vessie, par le canal de l'urètre, une algalie en gomme élastique parfaitement graissée et munie de son mandrin. On retire ce dernier, et il ne s'écoule que quelques gouttes d'urine, à peine 2 centilitres. L'exploration de la vessie par le vagin fait reconnaître que cette poche est entièrement vide.

10 *heures du matin.* L'animal est triste, les conjonctives sont légèrement injectées; la respiration est un peu accélérée (15 respirations par minute), le pouls est petit et vite (55 pulsations par minute). Les battements du cœur sont forts, mais réguliers. Les reins sont insensibles; en ce moment même, l'animal se cambe et expulse naturellement à peu près 14 centilitres d'une

urine jaunâtre, filante et odorante. La vessie explorée par le vagin est rencontrée vide; une algalie en gomme élastique bien graissée, introduite dans ce réservoir, ne laisse rien écouler.

L'urine recueillie, traitée par l'appareil de Marsh, a donné de fortes taches arsenicales.

11 *heures*. L'animal se laisse tomber comme une masse sur le côté gauche; le flanc est agité (20 respirations par minute), le pouls est vite (65 battements par minute), les conjonctives sont rouges, les battements du cœur sont tumultueux et perceptibles à droite du thorax.

On excite l'animal pour le faire lever; mais c'est en vain; il ne fait aucun mouvement pour y parvenir.

11 *heures* 30 *minutes*. Il se lève seul et sans qu'on l'excite. Il paraît plus calme.

11 *heures* 45 *minutes*. L'animal expulse naturellement 3 centilitres d'une urine filante et jaunâtre qui tombe à terre, et qui est immédiatement recueillie avec beaucoup de précaution à l'aide d'une éponge très fine. La vessie, explorée avec la main et l'algalie en gomme élastique, est trouvée vide.

L'exploration est à peine terminée que l'animal se laisse tomber comme la première fois et sur le même côté; les muqueuses ont un peu pâli, le pouls est inégal, de fortes pulsations sont suivies de pulsations à peine sensibles; le flanc est très agité; les battements du cœur sont forts et tumultueux.

11 *heures* 55 *minutes*. L'animal se relève et paraît assez calme.

1 *heure* 15 *minutes*. Le cheval se laisse tomber de nouveau et toujours sur le côté gauche; le flanc est très agité (26 respirations par minute), le pouls est très irrégulier et inégal, les battements du cœur sont forts et tumultueux, très perceptibles à droite (106 battements par minute). Une sueur abondante se fait remarquer à la face interne des cuisses.

1 *heure* 25 *minutes*. La respiration devient plus régulière et un

peu moins vite (20 respirations par minute); le pouls et les battements du cœur restent les mêmes.

1 *heure* 45 *minutes.* L'animal éprouve de violentes coliques, ses pupilles sont dilatées, son flanc est très agité, ses conjonctives sont pâles; le pouls est très irrégulier, les battements du cœur sont très vites; la langue sort de la bouche et reste pendante.

Cet état, en s'accompagnant de redoublements, persiste jusqu'à 2 heures 5 minutes, heure à laquelle l'animal meurt.

Autopsie : 30 minutes après la mort.

L'estomac. Ce viscère renferme une grande quantité d'un liquide glaireux, jaunâtre associé à une petite quantité d'aliments.

Sac droit. Toute la surface de ce sac est d'un rouge noir; dans l'étendue de la largeur de la main, on remarque que la muqueuse est d'un rouge livide et cautérisée superficiellement; cependant elle ne paraît pas épaissie.

Au voisinage du pylore, on constate 7 ou 8 taches accompagnées de la destruction de la muqueuse, lesquelles paraissent être évidemment le résultat de l'action caustique de l'acide arsénieux.

Sac gauche. L'épithélium de la muqueuse de ce sac est détruit dans la largeur de la main; autour du bord frangé qui forme le point de jonction de la muqueuse du sac gauche avec celle du sac droit, existent quelques points cautérisés de la largeur d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes. Vis-à-vis les parties cautérisées, le tissu cellulaire sous-muqueux et intermusculaire est infiltré d'un liquide jaunâtre.

Intestin grêle. Dans la longueur de 8 mètres, à partir de 2 mètres de sa partie duodénale, cet intestin renferme un liquide sanguinolent; sa muqueuse est doublée par une fausse membrane épaisse et d'un rouge vif, lisse à sa face interne, assez résistante et facile à détacher de la muqueuse à laquelle elle adhère par les villosités qui sont emprisonnées dans son épais-

urine jaunâtre, filante et odorante. La vessie explorée par le vagin est rencontrée vide; une algalie en gomme élastique bien graissée, introduite dans ce réservoir, ne laisse rien écouler.

L'urine recueillie, traitée par l'appareil de Marsh, a donné de fortes taches arsenicales.

11 *heures*. L'animal se laisse tomber comme une masse sur le côté gauche; le flanc est agité (20 respirations par minute), le pouls est vite (65 battements par minute), les conjonctives sont rouges, les battements du cœur sont tumultueux et perceptibles à droite du thorax.

On excite l'animal pour le faire lever; mais c'est en vain; il ne fait aucun mouvement pour y parvenir.

11 *heures* 30 *minutes*. Il se lève seul et sans qu'on l'excite. Il paraît plus calme.

11 *heures* 45 *minutes*. L'animal expulse naturellement 3 centilitres d'une urine filante et jaunâtre qui tombe à terre, et qui est immédiatement recueillie avec beaucoup de précaution à l'aide d'une éponge très fine. La vessie, explorée avec la main et l'algalie en gomme élastique, est trouvée vide.

L'exploration est à peine terminée que l'animal se laisse tomber comme la première fois et sur le même côté; les muqueuses ont un peu pâli, le pouls est inégal, de fortes pulsations sont suivies de pulsations à peine sensibles; le flanc est très agité; les battements du cœur sont forts et tumultueux.

11 *heures* 55 *minutes*. L'animal se relève et paraît assez calme.

1 *heure* 15 *minutes*. Le cheval se laisse tomber de nouveau et toujours sur le côté gauche; le flanc est très agité (26 respirations par minute), le pouls est très irrégulier et inégal, les battements du cœur sont forts et tumultueux, très perceptibles à droite (106 battements par minute). Une sueur abondante se fait remarquer à la face interne des cuisses.

1 *heure* 25 *minutes*. La respiration devient plus régulière et un

peu moins vite (20 respirations par minute); le pouls et les battements du cœur restent les mêmes.

1 *heure* 45 *minutes.* L'animal éprouve de violentes coliques, ses pupilles sont dilatées, son flanc est très agité, ses conjonctives sont pâles; le pouls est très irrégulier, les battements du cœur sont très vites; la langue sort de la bouche et reste pendante.

Cet état, en s'accompagnant de redoublements, persiste jusqu'à 2 heures 5 minutes, heure à laquelle l'animal meurt.

Autopsie : 30 minutes après la mort.

L'estomac. Ce viscère renferme une grande quantité d'un liquide glaireux, jaunâtre associé à une petite quantité d'aliments.

Sac droit. Toute la surface de ce sac est d'un rouge noir; dans l'étendue de la largeur de la main, on remarque que la muqueuse est d'un rouge livide et cautérisée superficiellement; cependant elle ne paraît pas épaissie.

Au voisinage du pylore, on constate 7 ou 8 taches accompagnées de la destruction de la muqueuse, lesquelles paraissent être évidemment le résultat de l'action caustique de l'acide arsénieux.

Sac gauche. L'épithélium de la muqueuse de ce sac est détruit dans la largeur de la main; autour du bord frangé qui forme le point de jonction de la muqueuse du sac gauche avec celle du sac droit, existent quelques points cautérisés de la largeur d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes. Vis-à-vis les parties cautérisées, le tissu cellulaire sous-muqueux et intermusculaire est infiltré d'un liquide jaunâtre.

Intestin grêle. Dans la longueur de 8 mètres, à partir de 2 mètres de sa partie duodénale, cet intestin renferme un liquide sanguinolent; sa muqueuse est doublée par une fausse membrane épaisse et d'un rouge vif, lisse à sa face interne, assez résistante et facile à détacher de la muqueuse à laquelle elle adhère par les villosités qui sont emprisonnées dans son épais-

seur et par son enfoncement dans les follicules muqueux. La muqueuse offre, au-dessous de cette production, de vives traces inflammatoires.

La dernière portion de l'intestin grêle renferme beaucoup de mucus glaireux; sa muqueuse est parsemée çà et là de taches plus ou moins étendues d'un rouge vif.

Cœcum. Sa membrane muqueuse offre quelques taches rouges très nombreuses vers sa pointe.

Colon. La portion cœco-gastrique, ainsi que la portion flottante de ce viscère, présentent quelques rougeurs dans divers points de son étendue.

Rate. Ce viscère n'offre rien de remarquable.

Poumons. Ils n'offrent également rien de remarquable, si ce n'est beaucoup de tubercules dus à la morve dont était affecté l'animal.

Cœur. Il présente quelques ecchymoses au-dessous de la séreuse dans la ventricule gauche.

Reins. Le rein droit renferme dans son bassinet une notable quantité d'urine épaisse, jaunâtre et glaireuse. La muqueuse de ce bassinet est injectée; le tissu rénal est d'un rouge brun.

Le rein gauche renferme également dans son bassinet une quantité d'urine épaisse, jaunâtre et glaireuse; le tissu rénal est aussi d'un rouge brun, mais la muqueuse n'offre rien de remarquable.

Vessie. La vessie est entièrement vide, elle ne renferme pas une seule goutte d'urine; sa surface interne est recouverte d'une couche assez épaisse de mucus; la membrane muqueuse de ce viscère a une teinte rouge uniforme; vers le col, elle est pointillée d'un rouge vif dans l'étendue de la largeur de la main.

Vagin. La muqueuse du vagin est rouge près du méat urinaire; la partie inférieure du canal de l'urètre, le voisinage du col de la vessie, offrent la même rougeur.

Utérus. La muqueuse des cornes de l'utérus est dans toute son étendue très injectée et rouge, mais sans être épaissie; cette altération se fait particulièrement remarquer aux nombreux replis qui existent dans les cornes.

RÉSUMÉ.

Une jument a été empoisonnée avec 30 grammes d'acide arsénieux en solution dans 3l,5 d'eau de rivière, administrés par une ouverture faite à l'œsophage.

La bête est morte en 8 heures 5 minutes : 4 heures après l'administration, elle a expulsé 1 décilitre 4 centilitres d'urine renfermant de l'arsenic.

Les 4 heures 5 minutes suivantes, et par conséquent jusqu'au moment de la mort, l'animal a expulsé 3 centilitres d'urine : total de l'urine sécrétée pendant toute la durée de l'empoisonnement, 0,17 centilitres.

L'autopsie a fait constater les traces positives d'un empoisonnement suraigu.

Septième expérience.

Cheval hongre de race normande; haute taille; âgé de 11 à 12 ans.

État de l'animal avant l'expérience. Toutes les fonctions sont à l'état normal. Diète pendant 24 heures. Deux anneaux en plomb sont passés dans les corps caverneux de la partie libre du pénis, laquelle est ensuite engagée dans le col dilaté d'une vessie; des liens attachent et suspendent cette poche aux anneaux.

Le 29 octobre 1841, l'animal étant à jeun, on pratique l'œsophagotomie; cette opération terminée, la main et le bras sont introduits dans le rectum, et, la main pressant la vessie de son fond vers son col, force cette poche à expulser toute la quantité d'urine qu'elle contient. Ce liquide retiré de la vessie attachée au pénis, on injecte par l'œsophage, à une heure du soir,

60 grammes d'acide arsénieux dissous complétement dans 6 litres d'eau. Le liquide empoisonné est à la température tiède.

État de l'animal immédiatement après l'ingestion du poison. — 1 *heure* 20 *minutes.* Respirations 14 par minute, pulsations 40; muqueuses à l'état normal.

1 *heure* 10 *minutes.* Pouls accéléré, petit (67 pulsations par minute); respiration vite (34 par minute); battements du cœur tumultueux; muqueuses apparentes très injectées; tristesse profonde; légères coliques.

1 *heure* 20 *minutes.* Pouls très accéléré, petit, insensible; battements du cœur inappréciables; respiration très vite, irrégulière, entrecoupée (37 par minute); conjonctives très rouges; agitation extrême; coliques violentes, mais passagères; trépignements continuels des membres antérieurs.

4 *heures* 30 *minutes.* Coliques accompagnées de plaintes à chaque expiration; les ailes du nez sont dilatées, la face est grippée; les oreilles, l'extrémité inférieure des membres, sont froides.

4 *heures* 40 *minutes.* La face est profondément altérée; l'animal chancelle sur tous ses membres, se couche, mais reste peu de temps dans cette position; expulsion de gaz par l'anus; plaintes très fortes à chaque expiration; l'animal regarde sans cesse son flanc; 40 respirations par minute; pouls toujours insensible.

4 *heures* 50 *minutes.* L'animal tombe à terre comme une masse; plaintes très fortes; nasaux convulsivement dilatés; abattement extrême.

5 *heures* 20 *minutes.* L'animal meurt sans se débattre.

Autopsie faite 2 heures après la mort.

Estomac. La muqueuse du sac droit est d'un rouge vif sans être sensiblement épaissie.

Intestin grêle. De fausses membranes canaliculées, molles, blanchâtres, faciles à déchirer, ne présentant nulle trace d'organisation, existent dans toute la longueur de cet intestin. Ces pseudo-

membranes ne sont que facilement adhérentes à la muqueuse; détachées dans la longueur d'un mètre, il est possible de les souffler à la manière des intestins. La muqueuse, dans toute son étendue, est d'un rouge intense, peu épaissie et non ramollie. Ses villosités sont très grosses; ses cryptes muqueux sont entourés d'une aréole d'un rouge noir. Le tissu cellulaire sous-muqueux n'est que peu ou point infiltré.

Cœcum et colon. La muqueuse de ces deux viscères n'offre que des rougeurs partielles.

Rate. La rate présente à sa superficie des taches noires du volume d'une lentille. Incisées, on voit que ces taches sont formées par un sang noir. De semblables épanchements existent dans l'épaisseur du tissu de cet organe.

Foie. Ce viscère n'offre rien de notable.

Cœur. Les cavités droites renferment quelques caillots noirâtres. Le ventricule droit offre quelques petites taches rouges dues à du sang épanché au-dessous de la membrane qui le tapisse.

Le ventricule gauche présente de larges ecchymoses sur le septum médian et à l'origine des valvules auriculo-ventriculaires. Ces altérations sont dues à du sang épanché entre la membrane interne de ce ventricule et le tissu musculaire.

Poumon. Rien de notable dans ce viscère.

Reins. Les canaux urinifères des deux reins sont rouges et très injectés. La crête du bassinet présente les mêmes traces d'irritation. Toute la substance tubulée est rouge; le tissu rayonné offre moins de traces d'irritation.

Vessie. Cette poche renferme 2 centilitres d'urine épaisse, filante et jaunâtre. Cette urine, soumise à l'analyse, a donné avec l'appareil de Marsh d'abondantes taches arsenicales. La muqueuse vésicale est rouge, pointillée, très injectée, notamment à son fond et vers son col.

RÉSUMÉ.

On retire l'urine contenue dans la vessie d'un cheval, et aussitôt cet animal est empoisonné par 60 grammes d'acide arsénieux en solution parfaite dans 6 litres d'eau de rivière injectés dans l'estomac à la faveur d'une ouverture faite à l'œsophage.

1 *heure* 40 *minutes* après l'administration du poison, l'animal offre tous les symptômes d'un empoisonnement sur-aigu, et meurt en 1 heure 20 minutes.

L'autopsie fait constater tous les désordres d'un empoisonnement sur-aigu.

La vessie renferme 2 centilitres d'urine qui donne d'abondantes taches arsenicales.

Huitième expérience. (29 novembre 1841.)

Cheval entier de taille moyenne, âgé de 13 à 14 ans.

État de l'animal. Toutes les fonctions s'exécutent normalement; diète depuis 24 heures.

Expérience. Une vessie est attachée à l'origine de la partie libre du pénis, à l'aide d'anneaux en plomb passés dans le corps caverneux, et de liens qui, partant du col de la vessie, viennent s'attacher à ces anneaux. La main et le bras sont introduits dans le rectum, et la vessie pressée par la main, de son fond vers son col, laisse échapper toute l'urine qu'elle contient.

Midi 30 *minutes.* On pratique l'œsophagotomie. Une sonde est introduite dans l'œsophage, et on fait arriver dans l'estomac, à l'aide de cette sonde, 60 grammes d'acide arsénieux en solution dans 6 litres d'eau de rivière. Examiné immédiatement après cette injection, le cheval est tranquille, les conjonctives sont rosées, le pouls donne 40 pulsations par minute; on compte 9 respirations.

Midi 50 *minutes.* 10 minutes après cet examen, les pulsations s'élèvent jusqu'à 70 par minute, la respiration s'accélère (15 par

minute); des tremblements généraux, d'abord partiels, puis généraux, se manifestent; l'animal allonge la tête sur l'encolure; inquiétude, légères coliques, abattement prononcé.

Midi 60 *minutes.* Froid des oreilles et des extrémités des membres; pouls insaisissable; battements du cœur, forts, vites; flancs agités irrégulièrement; 50 à 60 respirations par minute.

1 *heure.* L'animal gratte le sol avec les membres antérieurs, se plaint continuellement, regarde son flanc, se couche avec précaution, et se roule pendant une ou deux minutes. Les conjonctives pâlissent; le pouls est petit, vite, insensible. Les mouvements du flanc restent précipités, et ceux du cœur augmentent de vitesse et de violence.

Jusqu'à 1 heure 20 minutes, l'animal continue à accuser de violentes douleurs intestinales caractérisées par des coliques et de l'agitation.

1 *heure* 28 *minutes.* Le corps se couvre de sueur; l'animal tombe sur le sol, se débat violemment pendant 2 minutes, et meurt.

Autopsie, faite 2 heures après la mort.

Estomac. Rougeur intense sans épaississement notable de la muqueuse du sac droit.

Intestins grêles. Dans toute l'étendue de ces intestins, la membrane muqueuse est revêtue, dans la longueur de plus de 10 mètres, d'une fausse membrane épaisse, élastique, jaunâtre, canaliculée, facile à déchirer; mais cependant pouvant être soufflée dans une grande longueur. Là, où cette fausse membrane n'existe pas, se montre un mucus épais, jaunâtre, attaché à la muqueuse. Celle-ci est d'un rouge vif dans toute l'étendue de ces intestins; ses villosités sont grosses, longues et d'un rouge noir; elle n'est point sensiblement épaissie. Entre la membrane charnue et la membrane séreuse existe un épanchement séreux. Des ecchymoses se montrent au voisinage des vaisseaux.

Cœcum. Ce viscère renferme beaucoup de liquide tenant en suspension une petite quantité de matières alimentaires; sa mu-

queuse est injectée principalement à la pointe du viscère.

Colon. La muqueuse de cet intestin offre également de violentes traces d'inflammation; mais ces traces deviennent moins apparentes au voisinage de la portion flottante. Cette portion, ainsi que le rectum, n'offrent rien de notable.

Le foie et la rate n'ont rien présenté de particulier.

Cœur. Le ventricule droit renferme un caillot considérable, des épanchements de sang circonscrits existent au-dessous de la séreuse qui tapisse la cloison ventriculaire. Le ventricule gauche montre de semblables et nombreuses ecchymoses au-dessous de sa séreuse.

Poumon. Rien de notable.

Reins. Le rein droit ne présente rien de particulier. La substance tubulée du rein gauche est vivement injectée.

Vessie. Cette poche, dont la muqueuse est rouge, pointillée particulièrement à son fond, renferme 2 centilitres d'urine, laquelle, analysée, a fourni de fortes taches arsenicales.

RÉSUMÉ.

Un cheval âgé de 13 à 14 ans a été empoisonné par 50 grammes d'acide arsénieux en solution parfaite dans 6 litres d'eau de rivière. Le liquide, empoisonné à la température tiède, fut injecté par l'œsophage. Avant cette injection, la main introduite dans le rectum avait forcé l'animal à expulser la quantité d'urine contenue dans la vessie.

10 minutes après l'introduction du liquide empoisonné dans l'estomac, des symptômes d'empoisonnement se manifestent, et l'animal meurt après une heure. L'ouverture fait constater les traces évidentes d'un empoisonnement sur-aigu.

2 centilitres d'urine sont contenus dans la vessie. Cette urine donne des taches arsenicales.

Neuvième expérience. (24 août 1841.)

Chienne de berger, de moyenne taille et âgée de 5 ans.

État de l'animal avant l'expérience. Peu d'embonpoint, mais assez de vigueur; les muqueuses sont roses; le pouls donne 90 à 95 pulsations, 10 à 11 respirations par minute. Cette chienne est à la diète depuis 24 heures.

3 *heures* 30 *minutes.* On pratique l'œsophagotomie; une sonde en caoutchouc est introduite dans l'œsophage et poussée jusque dans l'estomac : par cette sonde on administre 5 grammes d'acide arsénieux en solution et en suspension dans 5 décilitres d'eau distillée; enfin, on termine l'opération en faisant la ligature de l'œsophage et en vidant la vessie à l'aide d'une algalie bien graissée.

Le poison administré, l'animal ne se livre à aucun mouvement; le pouls donne 104 à 108 pulsations; la respiration s'accélère (18 à 20 par minute).

4 *heures* 30 *minutes.* La bête fait de grands efforts pour vomir; les muqueuses sont dans le même état.

6 *heures* 15 *minutes.* L'animal fiente; les excréments sont liquides, mousseux et très fétides.

7 *heures.* La chienne se lève; debout, elle chancelle sur les membres postérieurs, se plaint, puis se recouche. Pendant le décubitus, elle change à chaque instant de position.

10 *heures* 15 *minutes.* L'animal rend des excréments plus liquides que les premiers, et il y a manifestation de régurgitations.

1 *heure* 15 *minutes.* Des excréments sont encore expulsés; lors de la défécation, l'animal se plaint beaucoup; le pouls donne de 78 à 80 pulsations, et 20 à 22 respirations par minute. Même état des muqueuses; les frissons généraux, qui jusqu'alors étaient devenus très marqués, cessent; l'animal conserve plus longtemps la même position, et reste presque toujours couché. Il est plus triste et fait de grands efforts pour vomir.

2 *heures.* Nouvelle défécation; l'animal peut à peine se tenir debout, il chancelle et se laisse tomber; sa faiblesse va toujours en augmentant; les muqueuses deviennent pâles, les extrémités se refroidissent, les yeux pirouettent dans leurs orbites; nouvelle expulsion d'excréments liquides et très fétides. Mort à 3 heures 15 minutes.

25 *août.* Autopsie, à 8 heures 15 minutes du matin.

Estomac. Toute l'étendue de la muqueuse stomacale est rouge, injectée; cette muqueuse, dans le voisinage de l'orifice pylorique, présente des escarres rouges-noirâtres; le tissu cellulaire sous-muqueux de cette partie est infiltré.

Intestin. Toute l'étendue de la muqueuse intestinale est rouge, injectée, et recouverte d'un mucus blanc-jaunâtre et assez épais; l'injection de cette muqueuse est plus grande au jéjunum et au rectum que partout ailleurs.

Rate. Cet organe, dans divers points de son étendue, présente des taches noirâtres.

Cœur et poumons. Ne présentent rien de notable.

Reins. Le tissu du rein gauche est d'un rouge brun violacé et pénétré de sang; le bassinet rénal est très injecté.

Vessie. La muqueuse du col de la vessie et celle du bulbe de l'urètre sont d'un rouge noirâtre; le tissu cellulaire sous-muqueux est injecté; la muqueuse de la vessie est rouge et injectée, surtout à son fond. Cette poche urinaire renferme 4 centilitres d'urine claire et non visqueuse; cette urine analysée a fourni d'abondantes taches arsenicales.

La muqueuse œsophagienne ne présente rien d'anormal.

La muqueuse trachéale et laryngienne est rouge et injectée.

RÉSUMÉ.

Une chienne de taille moyenne est empoisonnée par 5 grammes d'acide arsénieux en solution et en suspension dans 5 décilitres d'eau distillée.

La vessie est vidée à l'aide d'une sonde aussitôt après l'administration du poison.

L'animal n'a pas expulsé d'urine pendant l'empoisonnement, qui a duré 12 heures 45 minutes.

A l'autopsie on a recueilli 4 centilitres d'urine dans la vessie. Cette urine a fourni des taches arsenicales.

L'autopsie a fait voir tous les désordres qui caractérisent un empoisonnement très aigu.

Dixième expérience. (28 août 1841.)

Chienne de taille moyenne, âgée de 7 à 8 ans.

État de l'animal avant l'expérience. L'animal est gai et dans un état d'embonpoint satisfaisant.

Les muqueuses buccale et conjonctive sont rosées.

L'artère fémorale donne à l'exploration 102 pulsations par minute; on compte 17 respirations pendant ce même laps de temps. Diète depuis 24 heures.

7 *heures* 20 *minutes du matin.* Administration du poison. L'expérience se fait de la manière suivante : l'animal étant fortement lié et couché sur le côté droit, on pratique l'œsophagotomie, afin de faciliter l'ingestion du poison dans l'estomac; puis on place dans l'œsophage une sonde en caoutchouc terminée par un entonnoir en verre dans lequel on verse à plusieurs reprises 5 grammes d'acide arsénieux en suspension et en solution dans un litre d'eau de rivière. La quantité perdue est très minime. Cette opération terminée, on procède à la ligature de l'œsophage dans le but de mettre obstacle au vomissement, puis on fait une suture à la peau. Pendant l'ingestion du poison, l'animal urine un peu; toutefois, 10 minutes après l'opération, on sonde la vessie à l'aide d'une algalie droite en caoutchouc bien graissée, et par ce moyen on vide complétement la poche urinaire. On s'assure, du reste, de sa vacuité en explorant avec les doigts par le vagin.

Après l'administration de la substance toxique, l'animal est

triste et paraît tout étonné. Le décubitus est presque constant. Quand l'animal se tient debout, on le voit allonger la tête sur le cou, ouvrir la gueule et faire de violents efforts expulsifs pour vomir.

8 *heures* 5 *minutes*. On compte 113 pulsations à la minute; la respiration est plus lente et plus profonde qu'avant l'administration (11 respirations par minute); les conjonctives sont très injectées. On remarque des frissons généraux. Les envies de vomir sont très fréquentes; pendant tous ces efforts expulsifs, on voit s'échapper par les commissures des lèvres une salive abondante, épaisse, associée aux mucosités qui se trouvent dans la partie de l'œsophage située au-dessus de la ligature. Quelques instants après, les symptômes se calment, l'animal chancelle et paraît faible; obligé de se coucher, on le voit rester dans un état complet de somnolence.

8 *heures* 50 *minutes*. L'animal est toujours couché et calme; 108 pulsations, 12 respirations par minute.

9 *heures* 30 *minutes*. L'animal cherche de nouveau à vomir; les contractions des parois abdominales sont cependant moins énergiques; la salivation est toujours abondante et épaisse, surtout lors des efforts expulsifs; on compte 110 pulsations, et 11 respirations à la minute. L'animal est debout, très triste, la tête baissée. Les frissons se passent seulement dans le train postérieur.

10 *heures*. L'état d'abattement du sujet est extrême; on compte 100 pulsations et 13 respirations par minute; la pupille est dilatée; les envies de vomir se renouvellent; l'animal paraît beaucoup souffrir en se livrant à ces mouvements expulsifs, qui du reste se répètent à des intervalles plus éloignés.

10 *heures* 30 *minutes*. 112 pulsations et 16 respirations à la minute; l'animal cherche de nouveau à vomir; les contractions des parois abdominales sont plus énergiques et plus réitérées que jamais; on voit le sujet rapprocher le train postérieur sur le centre de gravité, contracter fortement les muscles de la

région lombaire en même temps que ceux des parois du ventre pour effectuer le vomissement. Il ne s'échappe toujours de la bouche qu'une salive épaisse et écumeuse; ces efforts fatiguent beaucoup l'animal.

10 *heures* 45 *minutes.* Il expulse environ 2 centilitres d'urine. Cette urine a donné d'abondantes taches arsenicales.

11 *heures.* 98 pulsations et 10 respirations à la minute; le ptyalisme continue; l'animal cherche de temps en temps à vomir; la respiration, après ces efforts, devient parfois accélérée et irrégulière; il est presque impossible d'en compter le nombre. On dirait un chien essoufflé.

Peu à peu ces symptômes se calment; la chienne se couche et reste tranquille, abattue; la bave s'écoule par les cavités nasales. De temps en temps elle se plaint, au moment surtout où on la voit exécuter d'énergiques contractions pour vomir.

11 *heures* 42 *minutes.* 87 pulsations et 9 respirations à la minute. L'animal tient la gueule entr'ouverte à cause de la quantité abondante de salive qui se trouve dans la gueule et les cavités nasales. Il cherche de la sorte à faciliter la respiration

Midi. Les tremblements généraux qui ont eu lieu empêchent de s'assurer du nombre de pulsations.

L'animal témoigne par des plaintes assez vives les douleurs qu'il ressent.

Midi et demi. 98 pulsations et 11 respirations à la minute. Les envies de vomir se renouvellent; les efforts expulsifs sont considérables; la gueule est toujours écumeuse.

1 *heure.* Le pouls marque 118 pulsations à la minute; les respirations sont au nombre de 18. L'animal est agité, il se plaint beaucoup.

1 *heure* 30 *minutes.* 106 pulsations et 15 respirations par minute. L'animal rejette par l'anus un liquide brunâtre dont la quantité peut être évaluée à 2 décilitres environ. La salivation n'est plus si abondante.

2 *heures*. 123 pulsations et 16 respirations. L'animal fait quelques efforts pour vomir.

2 *heures* 47 *minutes*. Les efforts expulsifs continuent. L'animal se plaint et expulse un centilitre d'urine environ, qui fournit de nombreuses taches arsenicales.

3 *heures*. 111 pulsations et 39 respirations par minute. L'animal ne peut plus se tenir debout, sa faiblesse est extrême, les tremblements cessent ; la gueule n'est plus écumeuse. L'animal se livre à quelques mouvements désordonnés; la respiration devient très accélérée; il pousse des cris rauques et prolongés; enfin il meurt à 3 heures 17 minutes.

Autopsie, 35 minutes après la mort.

Rien dans l'œsophage.

L'estomac renferme un liquide séro-sanguinolent; la muqueuse de ce viscère est d'un rouge lie de vin; du sang épanché en nature existe dans ses nombreux replis.

Le tissu cellulaire sous-muqueux n'est point infiltré.

L'intestin grêle renferme un liquide muqueux, très glaireux et sanguinolent. La muqueuse, dans la longueur d'un mètre à partir de l'estomac, est d'un rouge noir, et offre des lignes noirâtres parallèles à sa longueur qui paraissent être cautérisées; plus loin, la muqueuse est d'un rouge vif sans être notablement épaissie, et est recouverte d'un mucus abondant étendu sous la forme d'une membrane blanchâtre assez adhérente à la muqueuse : ces caractères morbides se font remarquer jusqu'au cœcum; la muqueuse de ce viscère, ainsi que celle du colon et du rectum, n'offre point le mucus épaissi dont il vient d'être question, et cependant elle présente de très notables traces inflammatoires.

La *rate*, de volume naturel, est marquetée de taches noirâtres dues à un sang noir épanché dans l'épaisseur de son tissu.

La *substance rénale* des deux reins, et particulièrement la substance corticale, est d'un rouge foncé; sa section laisse

écouler un sang noir; le bassinet ne présente rien de remarquable; mais la muqueuse qui s'engage dans les uretères, et qui se continue dans ces conduits, est fortement arborisée.

La *vessie* est rouge, injectée ainsi que l'urètre, et ne renferme point d'urine.

Le *foie* paraît un peu plus noir que dans l'état ordinaire.

La *vésicule biliaire* renferme une bile brune et épaisse ; sa muqueuse, d'un rouge vif, est recouverte d'un mucus filant et très injectée.

Rien dans le cœur.

Rien dans les poumons.

RÉSUMÉ.

Une chienne de moyenne taille est empoisonnée avec 5 grammes d'acide arsénieux en solution et en suspension dans un litre d'eau de rivière.

L'administration se fait par une ouverture pratiquée à l'œsophage, qui est lié ensuite.

On sonde aussitôt la vessie pour en retirer l'urine, et on s'assure, par les doigts introduits dans le vagin, de la rétraction complète de la poche urinaire.

L'animal offre bientôt tous les symptômes de l'empoisonnement, et meurt en 8 heures 3 minutes.

3 *heures* 25 *minutes* après avoir pris le poison, la bête expulse 2 centilitres d'urine, qui donnent de fortes taches arsenicales.

Après 7 heures 20 minutes, elle expulse de nouveau un centilitre d'urine, qui donne aussi des taches arsenicales abondantes.

Total de la quantité d'urine expulsée pendant toute la durée de l'empoisonnement, 3 centilitres.

A l'autopsie, on a constaté tous les désordres qui caractérisent un empoisonnement aigu.

Onzième expérience. (26 août 1841.)

Chien de race anglaise, de taille moyenne, âgé de 6 ans.

Le pouls et la respiration sont à l'état normal; les conjonctives sont un peu injectées. Diète depuis 24 heures.

1 *heure* 30 *minutes du soir.* On pratique l'œsophagotomie; pendant l'opération, l'animal expulse à deux reprises différentes une notable quantité d'urine; on explore ensuite la vessie par le rectum, et on s'assure qu'elle est vide. Une sonde est introduite jusque dans l'estomac, et à sa faveur, 5 grammes d'acide arsénieux dissous dans un litre d'eau distillée sont ingérés dans ce viscère. On fait la ligature de l'œsophage, afin de s'opposer à la sortie du poison pendant les efforts du vomissement. On s'assure par le rectum que la vessie est vide.

2 *heures.* L'animal paraît triste, comme hébété; il se couche et se relève successivement; mais ce n'est que lorsqu'une heure s'est écoulée qu'il manifeste les symptômes de l'empoisonnement.

2 *heures* 30 *minutes.* La respiration commence à s'accélérer, 23 respirations par minute; dans le même temps, le pouls, exploré à l'artère fémorale, bat 100 fois; les tremblements, qui d'abord étaient partiels, se montrent généraux.

La bête se lève tout-à-coup, éprouve une sorte d'accès, s'agite beaucoup, puis fait des efforts pour opérer le vomissement. Une grande quantité de salive s'échappe de l'ouverture œsophagienne. Lorsque les efforts expulsifs ont cessé, le chien redevient triste et reste dans cet état jusqu'à 4 heures.

4 *heures* 30 *minutes.* L'animal se lève, fait de nouveaux efforts pour vomir, efforts qui sont bientôt suivis de l'expulsion de 2 ou 3 centilitres d'urine qu'on absorbe avec une éponge sur le sol, mais qui à cause de cela n'est pas analysée.

A tous ces symptômes ne tarde pas à succéder l'état de stupeur dont il a été parlé plus haut; les battements du cœur sont forts, soulèvent les mains et se succèdent avec une vitesse

étonnante; le pouls est inappréciable, tant les pulsations sont vite et petites; la conjonctive a perdu de sa rougeur; la peau se refroidit ainsi que les membres; l'œil s'enfonce dans l'orbite; enfin, tout prélude à une mort prochaine. De temps à autre, une matière jaunâtre, liquide, extrêmement fétide et en quantité variable s'écoule par l'anus.

8 *heures*. On fait des tentatives pour recueillir de l'urine; mais c'est en vain, bien que la poche urinaire contienne de ce liquide.

L'animal meurt à 9 heures 30 minutes du soir. Immédiatement après la mort, on enlève la vessie, qui se trouve distendue par l'urine qu'elle contient.

Autopsie faite 11 heures après la mort.

Cavité abdominale. L'estomac renferme un liquide blanchâtre mêlé à quelques aliments non digérés. Ce viscère offre de vives rougeurs sur toute sa muqueuse, lesquelles sont disposées dans un certain point de son étendue, sous forme de plaques d'un rouge intense. Du reste cette muqueuse n'est pas épaissie, et son tissu cellulaire sous-jacent n'est point infiltré.

L'*intestin grêle* contient beaucoup de mucus blanchâtre, comme coagulé; il est pâle dans toute son étendue.

Dans l'intérieur du *rectum*, on aperçoit une infinité de petites taches linéaires d'un rouge vif.

Le *foie* n'offre rien de remarquable.

La surface de la *rate* laisse voir quelques taches noirâtres, principalement à ses bords et à sa grosse extrémité; du reste, son tissu paraît parfaitement sain.

L'un des *reins* offre un peu de rougeur à la crête du bassinet; tous les deux ont leur substance fortement injectée. Cette injection est surtout remarquable dans la substance corticale.

La *vessie* renferme 2 centilitres d'urine, et présente quelques traces de rougeur, surtout à son fond. Cette urine, soumise à l'analyse, a fourni, dans l'appareil de Marsh, de fortes taches arsenicales dès les premiers jets de flamme.

Cavité thoracique. Le ventricule gauche du cœur renferme quelques ecchymoses de la grosseur de pointes d'épingle ; le droit n'offre rien de remarquable : seulement, de même que le gauche, il contient un peu de sang noir.

Le *poumon* est dans un état parfait d'intégrité.

RÉSUMÉ.

Un chien de moyenne taille a été empoisonné par 5 grammes d'acide arsénieux en suspension et en solution dans un litre d'eau distillée. On s'est assuré après l'administration que la vessie ne contenait pas d'urine.

L'animal a manifesté tous les symptômes d'un empoisonnement aigu, et est mort 8 heures après l'administration du poison.

L'animal a uriné, 2 heures après les premiers symptômes de l'empoisonnement, 3 centilitres d'urine.

A l'autopsie, la vessie renfermait 3 centilitres d'urine qui contenait de l'arsenic.

Total, 6 centilitres d'urine sécrétée pendant toute la durée de l'expérience.

L'autopsie a montré toutes les traces d'un empoisonnement aigu.

Douzième expérience. (28 août 1841.)

Chienne de cour, âgée de 4 ans, de moyenne taille, et dans un état de gestation très avancé.

État de l'animal. Les muqueuses apparentes sont rouges, injectées; le pouls exploré à l'artère fémorale donne 138 pulsations par minute, et les mouvements respiratoires 22 respirations. Diète depuis 24 heures.

7 *heures* 4 *minutes.* On pratique l'œsophagotomie pour faciliter l'ingestion du poison. Pendant l'opération, la bête expulse deux fois une assez grande quantité d'urine.

L'opération pratiquée, on introduit une sonde en caoutchouc

dans l'œsophage, et on fait parvenir dans l'estomac 5 grammes d'acide arsénieux en solution et en suspension dans un litre d'eau de rivière; on lie ensuite l'œsophage au-dessus et au-dessous de l'ouverture, et on ferme la plaie par une suture à la peau. Pour s'assurer de la plénitude ou de la vacuité de la vessie, on introduit une algalie en caoutchouc par le méat urinaire, et on s'assure de la vacuité de la vessie, non seulement à l'aide de la sonde, mais encore avec les doigts passés dans le vagin.

8 *heures* 30 *minutes.* Le pouls est intermittent, et bat 110 fois par minute; 20 respirations par minute.

8 *heures* 50 *minutes.* Envies de vomir, expulsion par la gueule d'une salive filante épaisse et écumeuse. Des hoquets se manifestent.

9 *heures.* Le pouls est petit, vite, irrégulier.

9 *heures* 30 *minutes.* Des mouvements convulsifs se font remarquer dans les membres postérieurs.

10 *heures.* Envies de vomir, expulsion de salive avec fortes contractions de l'encolure et de l'abdomen; la bête reste couchée, puis se relève, et se tourmente beaucoup. Respiration profonde et irrégulière.

10 *heures* 30 *minutes.* Respiration très accélérée et haletante; 140 pulsations par minute; envie de vomir. Une bave abondante s'écoule de la gueule.

11 *heures.* Battements des flancs; contractions pour vomir; l'animal bave toujours beaucoup; le pouls est insensible et très irrégulier.

11 *heures* 30 *minutes.* Expulsion par l'anus d'un mucus glaireux jaunâtre, mêlé à des matières excrémentitielles très noires. Battements du cœur très tumultueux.

Midi. Une bave abondante s'écoule par la gueule et par les nasaux.

12 *heures* 30 *minutes.* L'animal bave toujours et reste couché.

12 *heures* 50 *minutes.* Expulsion d'un décilitre d'urine claire verdâtre. Soumise à l'appareil de Marsh, cette urine fournit des taches arsenicales fortes et abondantes.

1 *heures* 25 *minutes du soir.* Expulsion par le rectum d'une matière liquide jaunâtre, mêlée à du mucus glaireux.

1 *heure* 30 *minutes.* Convulsions; les membres sont très agités.

1 *heure* 35 *minutes.* Les membres se raidissent, et l'animal meurt.

Ouverture à 1 heure 45 minutes.

L'*œsophage* n'offre rien de notable.

La *muqueuse* de l'estomac est d'un rouge noir dans la majeure partie de son étendue, et recouverte, du côté du pylore, par un mucus grisâtre; mais elle n'est pas sensiblement épaissie.

Le *tissu cellulaire* sous-muqueux est peu infiltré; en grattant légèrement la muqueuse, on en sépare un mucus épais et gluant.

L'*intestin grêle* renferme, ainsi que l'estomac, un liquide citrin abondant, dans lequel nagent des flocons jaunâtres ressemblant à du mucus épaissi, étendu sous la forme de fausses membranes. Dans la dernière portion du canal intestinal et dans la longueur d'un mètre à peu près, la muqueuse est d'un rouge vif et recouverte d'une couche épaisse de mucus jaunâtre qui ne s'en sépare que par le grattage. Cette couche ressemble à une fausse membrane de nouvelle formation. Le rectum et le colon ne renferment point de ce mucus particulier, et cependant la muqueuse est rouge et fortement injectée.

Les *deux reins* sont d'un rouge brun; leurs bassinets n'offrent rien de particulier.

Le *ventricule droit du cœur* contient un sang noir peu coagulé. Ces deux ventricules droit et gauche, de même que les oreillettes, ne présentent rien de remarquable.

Les *poumons et les bronches* ne présentent rien de notable. Quelques lobes du foie offrent des taches brunâtres se prolon-

geant dans l'épaisseur du tissu. La vésicule biliaire est remplie de bile et sa muqueuse est fortement injectée.

La *rate*, de volume normal, est marquetée de taches noirâtres qui se prolongent dans l'épaisseur de son tissu : ces taches sont dues à un sang noir qui y est épanché. Le vagin n'offre rien de remarquable. La muqueuse du canal de l'urètre est d'un rouge violacé et très injectée. La vessie ne renferme point d'urine; la muqueuse est d'un rouge foncé dans toute son étendue; au voisinage de son col, il existe des ecchymoses d'un rouge noir; le tissu cellulaire sous-muqueux n'est point infiltré. L'utérus contient cinq fœtus presque à terme; les vessies de ces fœtus renferment de l'urine; la face interne de ces vessies paraît un peu injectée.

Le liquide allantoïque, le foie des fœtus, l'urine renfermée dans leurs vessies, ont été analysés et soumis à l'appareil de Marsh. Aucune de ces parties n'a fourni de taches arsenicales.

RÉSUMÉ.

Une chienne de forte taille est empoisonnée avec 5 grammes d'acide arsénieux en solution et en suspension dans un litre d'eau de rivière.

L'administration se fait par l'œsophage, qui est lié ensuite.

La vessie est aussitôt vidée de l'urine qu'elle peut contenir, et on s'assure par le vagin de la vacuité de cette poche.

L'animal offre bientôt tous les symptômes de l'empoisonnement et meurt en 5 heures 50 minutes.

Cinq heures 10 minutes après l'administration du poison, l'animal expulse 1 décilitre d'urine.

L'autopsie fait voir tous les désordres déterminés par un empoisonnement suraigu.

Tableau résumé indiquant la dose, la date des premiers symptômes, le temps après lequel l'urine a charié de l'arsenic, et la quantité d'urine sécrétée dans l'empoisonnement aigu et suraigu par l'acide arsénieux.

EXPÉRIENCES.	ESPÈCES d'animaux.	QUANTITÉ D'ACIDE arsénieux administré.	MODE DE PRÉPARATION du poison.	DATE des premiers symptômes de l'empoisonnement.	ÉPOQUE à laquelle l'analyse a fait constater les premières traces du poison dans l'urine.	DURÉE TOTALE de l'empoisonnement.	QUANTITÉ D'URINE sécrétée durant l'empoisonnement.	QUANTITÉ D'URINE estimée par le calcul en une heure.	QUANTITÉ D'URINE sécrétée en moyenne pendant une heure.	OBSERVATIONS.
		Grammes.		heur. minut.	heur. minut.	heur. minut.	litres.	litres.		
1re	Cheval. .	30	Partie en solution. . Partie en suspension.	3 30	5 30	51 30	2,55	0,049		
2me	Jument. .	30	Id.	3 30	3 30	49 25	0,67	0,016		
3me	Cheval. .	30	Id.	4 »	6 30	43 30	3,45	0,079		
4me	Cheval. .	30	Id.	2 »	7 »	29 30	0,92	0,031		
5me	Cheval. .	30	Id.	4 »	7 »	21 »	1,02	0,048	0,034,8	
6me	Jument. .	30	En solution parfaite. .	4 »	4 »	8 5	0,17	0,021		
7me	Cheval. .	60	Id.	0 10	1 20	1 20	0,02	0,015	. . . .	L'urine a été recueillie dans la vessie à l'autopsie.
8me	Cheval. .	60	Id.	0 20	1 »	1 »	0,02	0,020	. . . .	Id. id.
9me	Chienne..	5	Moitié en suspension. Moitié en solution. .	1 »	12 45	12 45	0,04	0,0031	. . . .	Id. id.
10me	Chien. .	5	Id.	0 45	3 45	8 3	0,03	0,0037	0,004,0	
11me	Chien. .	5	Id.	1 »	8 »	8 »	0,06	0,0075	. . . .	Id. id.
12me	Chienne..	5	Id.	1 10	5 10	5 50	0,01	0,0017		

Résumé des quantités d'urine sécrétées par des chevaux et des chiens bien portants, mis en expérience pendant quarante-huit heures.

EXPÉRIENCES.	ESPÈCES d'animaux.	RÉGIME.	DURÉE de l'expérience.	QUANTITÉ d'urine sécrétée.	QUANTITÉ sécrétée en une heure.	MOYENNE des expériences pour une heure.
			heur.	litres.		
1re . . .	Cheval. .	Privation d'aliments et de boissons. .	48	6,70	0,139	0,118
2me . . .	Cheval. .	Id. . .	48	4,74	0,017	
3me . . .	Chienne. .	Id. . .	48	1,5	0,031	0,024
4me . . .	Chienne. .	Id. . . .	48	0,85	0,017	

Résumé de la proportion moyenne d'urine sécrétée par les animaux en bonne santé et par les animaux empoisonnés, en une heure.

ANIMAUX EN EXPÉRIENCE.	QUANTITÉS.	PROPORTION.	OBSERVATIONS.
	litr.		
Chevaux bien portants. . . .	0,118	:: 3,47 : 1,00 ou	La sécrétion urinaire n'est donc pas supprimée, mais notablement diminuée dans l'empoisonnement aigu par l'acide arsénieux.
Chevaux empoisonnés. . . .	0,034	:: 3,47 : 100	
Chiens bien portants. . . .	0,024	:: 2,4 : 4 ou	
Chiens empoisonnés.	0,004,0	:: 6 : 1	

MÉMOIRE

SUR LES

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN

COMPLIQUÉES D'ISSUE DE L'ÉPIPLOON.

PAR HIPP. LARREY,

Professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce,
Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

« *Savoir attendre.* »

Le mémoire que je vais avoir l'honneur de lire devant l'Académie est fondé sur l'observation d'un fait dont je lui ai communiqué l'heureux résultat, et qui a paru mériter son attention.

Il s'agit d'une plaie pénétrante de l'abdomen compliquée de hernie de l'épiploon, et parvenue à une guérison complète, sans accidents, par les moyens simples de l'expectation.

Ce mémoire comprend deux parties :

La première, toute explicative de la blessure, et la seconde, entièrement réservée à des considérations de pratique chirurgicale sur les lésions du même genre, que je proposerais d'appeler *épiplocèle traumatique.*

En exposant les diverses méthodes de traitement qui ont été

mises en usage ou préconisées, j'ai cherché à apprécier la valeur et à signaler les inconvénients de chacune d'elles, pour arriver à cette conclusion : *Savoir attendre.*

Lisons d'abord l'observation :

Jean Petit, cocher de cabriolet, âgé de vingt-deux ans, doué d'une forte constitution avec assez d'embonpoint, se trouvait, le soir du 9 avril 1840, en partie de plaisir avec des camarades; mais une dispute survient, et bientôt une rixe violente s'engage entre lui et un autre homme, qui le saisit vivement, et le frappe dans le flanc gauche d'un coup de couteau-poignard. Le blessé éprouve à peine une douleur instantanée, il ne perd pas connaissance et reste debout; ce n'est qu'en portant la main vers le point qui venait d'être frappé, qu'il reconnaît sa blessure et se voit taché de sang.

On s'empresse aussitôt auprès de lui, on lui serre le ventre avec un mouchoir, et on veut le transporter au plus prochain hospice; mais lui se refuse à faire le trajet autrement qu'à pied, et il arrive ainsi au milieu de la nuit à l'hôpital clinique de la Faculté, sans avoir perdu beaucoup de sang et sans s'être évanoui en route; il éprouve seulement dans la plaie des tiraillements douloureux qui le font tousser et gênent sa respiration.

On le place au n° 5 de la salle de chirurgie, et c'est en faisant un effort pour se déshabiller qu'il croit sentir quelque chose, comme une portion de chair poussée hors du ventre. Le chirurgien interne de garde, M. Dequevauviller, appelé auprès de ce blessé, le découvre, et reconnaît une plaie pénétrante avec issue de l'épiploon; mais il ne tente pas la réduction, et ne trouvant d'ailleurs aucune indication urgente, comme accident d'hémorrhagie ou autre, il se contente d'appliquer un appareil provisoire et de le maintenir dans une position convenable. Le reste de la nuit se passe avec assez de calme.

Voici maintenant dans quel état se présente à nous cette bles-

sure, à l'heure de notre visite (1) : une plaie longue de 6 millimètres à peu près, oblique de haut en bas, existe à la partie moyenne et latérale du flanc gauche, au-dessus de la crête iliaque, à une profondeur indéterminée; cette plaie livre passage à un peloton épiploïque du volume des deux pouces réunis, reconnaissable de prime abord à sa texture adipeuse et dépourvu de sac péritonéal, comme le sont la plupart des hernies traumatiques de l'épiploon.

On sait, du reste, qu'étant plus étendue du côté gauche que du côté droit, cette frange membraneuse a d'autant plus de tendance à s'engager dans les ouvertures naturelles correspondantes, aussi bien que dans les ouvertures accidentelles, et notamment dans les plaies par armes tranchantes (2); la hernie de l'épiploon avait donc été favorisée par cette disposition, en même temps que par sa mobilité flottante, par l'expansibilité des viscères abdominaux et surtout des intestins, et enfin par la rétractilité des lèvres de la plaie. C'était assez pour que cette hernie fût primitive ou survenue au moment même de la blessure, à moins qu'elle n'ait été produite secondairement, comme le pense le blessé, par un mouvement qu'il aurait fait pour se déshabiller. Ce qui nous ferait croire, d'une part, que la hernie a été primitive, c'est que sa forme est déjà celle d'un bourrelet rouge et tuméfié, au lieu de présenter encore une trame lamelleuse; mais, d'une autre part, la sensibilité, devenue très vive, ne se manifestait point à l'instant de la blessure, et de plus on sait que le gonflement des hernies traumatiques de l'épiploon survient quelquefois avec une extrême rapidité, au point d'en déterminer l'étranglement par les lèvres de la plaie, et même la mortification en quelques heures.

(1) J'étais chargé par la Faculté du service de la Clinique pour M. le professeur Jules Cloquet.

(2) N'a-t-on pas constaté d'après cette disposition anatomique la plus grande fréquence des épiplocèles à gauche qu'à droite? A tel point que d'après Macfarlane, elles seraient dans le rapport de 3 à 1; et même, selon Arnaud, dans la proportion de 19 sur 20.

Quoi qu'il en soit pour notre blessé du moment où la hernie s'est produite, la plaie ne présente point d'autre complication, ni corps étranger, comme si elle eût été produite par arme à feu, ni hémorrhagie actuelle ou renouvelée, malgré la nature de l'arme vulnérante. Au surplus, le bourrelet épiploïque pouvait fort bien agir ici comme un bouchon, et former un obstacle mécanique à l'hémorrhagie externe; quant à une hémorrhagie interne ou à un épanchement, il ne s'en présente aucun signe. S'il en eût été autrement, et pourvu que l'hémorrhagie externe n'eût pas été trop considérable, elle aurait pu s'arrêter spontanément de deux manières, soit par la constriction au collet de la hernie, soit par le simple contact de l'air. Du reste, une lotion d'eau froide ou d'un liquide astringent aurait suffi pour arrêter le sang; sinon, il aurait bien fallu lier, tordre ou froisser les vaisseaux ouverts, avant de rien faire de plus. Ainsi point d'hémorrhagie.

Une autre complication primitive que nous pouvions redouter, c'était une inflammation prompte à se terminer par gangrène; et cette inflammation, dans le cas de ce genre, peut survenir très rapidement par le volume même de l'épiploon hernié, par son étranglement aux lèvres de la plaie, par son contact prolongé avec l'air, par des pressions mécaniques, ou par des tentatives forcées de réduction. Rien d'aussi grave encore au moment de notre première visite : l'épiploon, quoiqu'un peu rouge et tuméfié, quoique douloureux au toucher ou par les mouvements, quoique resserré enfin au niveau de la plaie, qui est elle-même injectée sur ses bords, l'épiploon n'est pas encore près de ce degré d'inflammation qui précède sa gangrène.

L'état général du blessé ne présente non plus aucun caractère grave; sa physionomie est un peu altérée, mais autant par l'influence morale que par l'influence physique de la plaie. Le pouls est peu fréquent et assez plein, sans aucun signe du pouls nerveux ou du pouls hémorrhagique; il n'y a point d'indice

non plus d'autre lésion profonde de l'abdomen, ni du côté des voies urinaires, ni du côté des voies digestives; point de coliques, de vomissements, de nausées, de hoquets, de déjections sanguinolentes non plus.

Et il nous importe de constater l'absence de ces complications internes, parce qu'elles peuvent dépendre non seulement de la lésion directe de certains viscères abdominaux, et plus particulièrement des organes digestifs, mais encore parce qu'elles peuvent être simplement sympathiques. On pourrait, du reste, si le diagnostic était difficile à cet égard, suivre le conseil donné pour la première fois par Paul d'Égine; c'est de faire varier la position du blessé, en imprimant même à son ventre de légères secousses, à l'effet de constater, autant que possible, si les accidents dépendent ou non des tiraillements directs de l'estomac.

Voilà donc une plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'épiploon, sans autre accident. Qu'y a-t-il à faire? Ici plusieurs questions se présentent à la fois, ou plutôt des indications diverses que nous apprécierons peut-être mieux et d'une manière générale, après avoir complété l'histoire de cette blessure.

Nous faisons d'abord quelques tentatives de réduction, mais sans efforts, sans persistance, parce que l'épiploon, étranglé au niveau de la plaie, paraît très sensible à la pression et très disposé à s'enflammer. C'est à cause de cet état de phlogose qu'il me semble rationnel de renoncer aussi à la ligature et à l'excision de cette membrane; j'avais du reste souvenir d'accidents graves causés par l'un et l'autre de ces deux moyens dans des cas analogues, et l'expectation attentive me semble préférable.

En conséquence, l'épiploon est laissé libre au dehors de la plaie et recouvert d'un linge imbibé d'huile d'amandes douces, puis d'un cataplasme, les cuisses étant fléchies sur le ventre dans le repos le plus absolu; une saignée, la diète d'aliments, et des boissons délayantes complètent notre prescription immédiate.

Le lendemain, 11 avril, l'épiploon a pris une coloration plus foncée, en même temps qu'il est plus ferme, plus résistant; les angles de la plaie sont un peu rouges; mais point de douleurs fixes, sauf de légères coliques; la nuit a été bonne et précédée d'une évacuation alvine. Même pansement émollient. Le surlendemain, les signes locaux de coloration et de turgescence épiploïques sont plus prononcés, et plus encore le troisième jour, avec ecchymose des lèvres de la plaie; mais point de gangrène ni d'accidents généraux. Une application de sangsues au pourtour de l'ouverture détermine un dégorgement salutaire, et rend à l'épiploon sa coloration première; un grand bain complète cet effet favorable; et au quatrième jour la suppuration s'établit d'abord à la surface de l'épiploon, puis aux lèvres de la plaie. Les fonctions du ventre sont toujours libres, et l'état général se soutient dans d'excellentes conditions.

Il se fait ensuite une petite ulcération à l'angle interne de la plaie; mais, loin de nous préoccuper de cet incident, il nous semble plutôt favorable pour prévenir un nouvel étranglement et la gangrène de l'épiploon, en même temps que pour préparer sa réduction consécutive dans la cavité abdominale.

Cette membrane conserve cependant une coloration rouge, une consistance assez ferme, et surtout une sensibilité très prononcée; ce ne serait pas le cas encore de tenter la ligature ou l'excision.

Vers le dixième jour, l'épiploon, en pleine suppuration à toute sa surface, paraît déjà diminuer de volume ou se rétracter légèrement, en déterminant de très faibles douleurs dans le ventre. L'état général est toujours si satisfaisant, qu'aucune médication nouvelle ne nous semble indiquée.

Du douzième au quinzième jour, la réduction de l'épiploon devient plus appréciable, et au lieu de rester renversé sur le bord déclive de la plaie, il s'est redressé à sa surface spontanément, sans causer de douleur. Il s'affaisse ensuite de nouveau,

et suppure moins, en diminuant de volume peu à peu, mais en conservant le même degré de sensibilité.

Le vingt et unième jour, quelques tiraillements se déclarent dans la plaie, comme s'ils partaient profondément du ventre; une application de ventouses sèches tout autour de la région lésée semble effectuer un certain degré de réduction; celle-ci s'opère d'une manière très appréciable et graduelle depuis ce moment jusqu'au trentième jour, à l'aide surtout de deux moyens combinés : la cautérisation superficielle de l'épiploon avec le nitrate d'argent, et une compression méthodique par un bandage contentif.

Le 15 mai enfin (trente-sixième jour de la blessure), le bourrelet épiploïque n'existe plus; il s'est réduit tout-à-fait au niveau de la plaie, à laquelle il semble adhérer intérieurement, et qu'il obture comme un bouchon; mais sa surface, rétrécie au diamètre de l'extrémité du doigt, reste à peine dépressible, et conserve toute sa sensibilité première. L'état général n'a pas cessé d'être dans les conditions les plus satisfaisantes; le ventre est tout-à-fait libre dans ses fonctions, dans ses mouvements, et l'exercice de la marche peut se faire sans difficulté.

Pendant les jours suivants, l'opercule formé par l'épiploon tend à se rétrécir de plus en plus par le travail de cicatrisation concentrique de la plaie, cicatrisation presque terminée le 25 mai.

C'est le lendemain 26 que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie le sujet de cette observation. Il s'y est rendu à pied et a voulu revenir de même à l'hôpital de la Clinique, sans éprouver d'autre accident qu'un peu de fatigue. Je tenais à faire apprécier le résultat de cette blessure avant sa cicatrisation complète, et surtout à démontrer encore la présence de l'épiploon, doué jusqu'au dernier instant de ses caractères propres, mais plus particulièrement d'une sensibilité qui n'avait pas subi la moindre altération.

Cinq jours après, la cicatrice est définitive, et le bouchon épiploïque se trouve lui-même recouvert par l'adhésion directe des lèvres de la plaie. Nous n'avons plus rien à faire, ou plutôt rien à attendre, et notre blessé, entièrement guéri, sort de la Clinique.

J'ai cru devoir signaler ce fait dans tous ses détails, comme un exemple complet ou un type des cas du même genre, tendant à faire prévaloir les conclusions pratiques de ce mémoire. Mais s'il fallait résumer ou analyser quelques observations analogues consignées dans les auteurs ou empruntées au souvenir des chirurgiens qui ne les ont pas publiées, ce serait dépasser les limites de ce travail déjà très étendu, et dont la partie dogmatique semble exiger un plus long développement.

Il s'agit donc de reprendre cette question de chirurgie au point de vue général, et d'apprécier avec l'expérience de tous, anciens et modernes, la valeur des diverses méthodes thérapeutiques des plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées d'issue ou de prolapsus de l'épiploon.

Ces méthodes comprennent :

1° La réduction, 2° la ligature, 3° l'excision, et 4° l'expectation; mais chacune d'elles nous semble susceptible de se subdiviser ainsi :

- Réduction
  - par le taxis et la dilatation.
  - par le débridement.
- Ligature
  - provisoire ou définitive.
  - complète ou partielle.
- Excision
  - sans ligature.
  - avec ligature.
- Expectation
  - seule.
  - aidée de la
    - cautérisation.
    - compression.

La réduction par le taxis est la méthode la plus simple et la plus rationnelle à tenter immédiatement, toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indication.

« Si l'omentum est sorty, dit Ambroise Paré, doit estre remis » le plustost qu'il sera possible : car il est suiet à soy putréfier, » estant de substance pinguidineuse, laquelle estant exposée à » l'air, se congèle, et sa chaleur naturelle s'éteint, et tost après » tourne à pourriture. Ce qui est prouvé par Hippocrates, » disant : ..... Si le zirbus vient à sortir hors, il pourrira ; ce que » le chirurgien cognoistra, lorsqu'il sera livide, noirastre et re- » froidy au tact; et lors ne le remettra ainsi putréfié : car les » parties d'iceluy corrompuës pourroient endommager les » autres, etc. »

Maréchal et Boudon, de l'ancienne Académie de chirurgie, suivirent plusieurs fois ce sage précepte, et les chirurgiens modernes sont d'accord sur les avantages de la réduction immédiate, pourvu que l'épiploon soit tout-à-fait sain et sans adhésion ou étranglement au niveau de la plaie. Cette réduction doit se faire par une sorte de taxis doux et gradué, sans effort ni violence, et en écartant les bords de l'ouverture.

Nous avons essayé ainsi chez notre blessé, mais sans insister non plus, parce que l'épiploon, boursouflé, rouge et douloureux, se trouvait déjà resserré au pourtour de la plaie, et que nos tentatives de réduction, si légères qu'elles fussent, déterminaient des tiraillements dans le ventre, et un surcroît de sensibilité dans la portion herniée de l'épiploon.

La seconde question qui se présente, c'est de savoir s'il faut débrider la plaie pour favoriser la réduction, soit immédiate, soit consécutive; et ce débridement semble d'autant plus rationnel dans certains cas compliqués d'accidents internes assez graves : ainsi lorsque la plaie approche de l'estomac ou du foie, et que la portion herniée de l'épiploon exerce des tiraillements directs sur ces viscères, il survient souvent des coliques, des hoquets, des nausées, des éructations, des vomissements et des

symptômes d'une autre nature. Si ces accidents persistent, lors même qu'un bout d'intestin ne serait pas hernié avec l'épiploon, il convient parfaitement de débrider la plaie, d'ailleurs trop étroite.

Mais il ne faut pas s'y décider, si les hoquets, les vomissements, etc., ne sont qu'instantanés, parce qu'ils peuvent dépendre seulement d'une influence sympathique, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire. Pipelet et Louis ont démontré par des exemples qu'il en est ainsi quelquefois.

Donc le débridement n'est pas à beaucoup près indispensable, et de plus il expose la plaie à donner issue immédiate à une plus grande masse d'épiploon. De là aussi résulteraient de plus grandes difficultés pour la réduction; mais le débridement est surtout nuisible, en exposant la cicatrice, sinon à se rompre consécutivement, au moins à se distendre et à faciliter la formation des hernies secondaires, en assujettissant tout au moins les individus à porter une ceinture compressive. C'est dans cette prévision que quelques chirurgiens tenteraient peut-être la suture de la plaie, après l'avoir débridée pour réduire l'épiploon; mais nous sommes loin d'adopter cette manière de faire, à cause des inconvénients que l'on a justement reprochés à la gastroraphie.

Devions-nous, d'après cela, débrider la plaie chez notre blessé? Non assurément; et nous allons voir qu'il ne fallait pas davantage faire la ligature de l'épiploon, soit en excisant toute la portion herniée, soit en l'abandonnant à elle-même.

Les chirurgiens de l'antiquité cherchaient presque toujours à détacher par une ligature l'épiploon saillant au dehors dans les plaies pénétrantes de l'abdomen; ils appliquaient même plusieurs ligatures, si une seule ne suffisait pas, et passaient quelquefois une aiguille au centre de la tumeur : « Si l'épiploon » est sorti, il doit se gangrener. » Tel est l'aphorisme d'Hippocrate, d'après lequel Galien et ceux qui l'ont suivi ont recommandé la ligature de l'épiploon. Fabrice d'Aquapendente

prescrit de lier l'épiploon auprès de sa partie chaude et de retrancher ce qui est corrompu. Ambroise Paré, dans le même passage dont nous avons cité le commencement, ajoute : « .... Le » liera avec un fil retors, au-dessus de la putréfaction, et extir- » pera ce qui est corrompu, et sera réduit en son propre lieu. » Toutefois on doit laisser pendre le filet, afin d'attirer ce que » par le moyen du filet, qui auroit esté serré, pourroit choir en » la capacité du ventre. Aucuns ont voulu laisser l'omentum » dehors, estant lié : ce qu'il se faut bien garder de faire, à » cause que, ce faisant, il est tenu suspendu, n'estant couché sur » les intestins, qui est son propre lieu : dont s'en suit grandes » douleurs et tranchées au ventre : et pour euiter tels accidents, » le faut remettre comme nous avons dit. »

D'après ce témoignage écrit du père de la chirurgie française, on voit que s'il approuvait la ligature de l'épiploon, ce n'était qu'avec beaucoup de réserve, et dans la prévision d'accidents possibles.

Mais les inconvénients de la ligature, si bien présentés par le judicieux esprit d'Ambroise Paré, furent complétement démontrés par Pipelet, qui en a fait l'objet d'un mémoire dans la collection de ceux de l'ancienne Académie de chirurgie. Des observations cliniques et des expériences sur des chiens lui servirent surtout à constater que la ligature de l'épiploon hernié dans une plaie n'est pas à beaucoup près inoffensive, et est même souvent suivie d'effets fâcheux : ainsi des douleurs vives, des tiraillements dans le ventre, des hoquets, des nausées, des vomissements, la plupart enfin des phénomènes des hernies étranglées, et puis du malaise, de la fatigue, de l'inappétence, lorsque surtout la réduction de l'épiploon avait suivi la ligature, souvent enfin une série d'accidents inflammatoires terminés, soit par suppuration, soit par gangrène.

L'un des résultats constants des vivisections faites par Pipelet, c'est que, dans les cas où l'épiploon était froissé, pressé par les doigts, et réduit ensuite dans le ventre de l'animal, il ne sur-

venait point d'accidents, tandis que, dans les cas où la ligature était faite avec le plus grand soin, avant d'exciser et de réduire, des symptômes graves des voies digestives ne tardaient pas à se déclarer, et étaient quelquefois suivis de mort.

Ces expériences de Pipelet, faites avec Louis, et leurs conclusions contre la ligature de l'épiploon, méritèrent l'approbation des chirurgiens de leur époque. Pouteau fils, correspondant de cette célèbre Académie de chirurgie, perdit un malade, trente-six heures après la ligature de l'épiploon, et à l'autopsie, il trouva une suppuration gangréneuse dans toute l'étendue de cet organe; depuis lors, Pouteau renonça pour jamais à la ligature.

Peut-être les résultats n'auraient-ils pas été généralement aussi malheureux, si cette ligature en masse de l'épiploon eût été toujours faite avec une très forte constriction. C'était l'opinion de Quesnay; c'est aussi celle de M. Jules Cloquet, qui ne se déciderait à lier l'épiploon en pareille circonstance, qu'en exerçant une très grande force, comme pour lier le cordon testiculaire; mais l'effet serait alors celui d'une section complète. L'opinion du vénérable Boyer à cet égard nous semble décisive : « L'épi» ploon, plutôt que d'être lié, peut être coupé, déchiré, et réduit » ensuite, sans qu'il en résulte d'accident. » Qu'il me soit permis d'ajouter enfin à ce témoignage celui d'un nom qui nous touche encore de plus près : « La ligature totale faite sur la portion » saine de l'épiploon est généralement suivie d'une irritation » profonde, violente, accompagnée d'inflammation, d'abcès, » souvent de la gangrène et de la mort; j'en ai vu un grand » nombre d'exemples (1). »

Pratiquée pour éviter le débridement, pour réduire la portion saine de l'épiploon, après en avoir retranché ce qui peut être déjà altéré, ou bien pour prévenir l'extension plus profonde de la gangrène, et plus encore pour suppléer plus avantageuse-

(1) D.-J. Larrey, *Clinique chirurgicale*, Paris, 1829, t. II, p. 407.

ment à la ligature, l'excision a été faite aussi et même préconisée dès les temps anciens, d'après cette observation surtout que l'épiploon, exposé à l'air ou étranglé, peut devenir froid, livide et tomber en gangrène.

Celse, en parlant de l'épiploon hernié dans une plaie abdominale, dit qu'il faut l'examiner et couper avec des ciseaux les parties qui peuvent être viciées, et replacer celles qui sont saines. Rien de plus facile à suivre que ce précepte, et il l'a été souvent. Mais cette excision doit-elle être faite sans autre forme et sans quelque précaution? Exciser dans la partie déjà gangrenée, n'est-ce pas exposer le mal à se propager dans la cavité abdominale? Exciser, au contraire, dans la partie saine, n'est-ce pas courir la chance d'accidents graves, si surtout la hernie épiploïque est assez volumineuse et déjà enflammée ou fortement injectée?

Et parmi ces accidents, comme on le conçoit, le plus à redouter n'est-ce pas l'hémorrhagie? non point comme hémorrhagie externe, ordinairement facile à arrêter, mais comme hémorrhagie interne ou épanchement dans la cavité abdominale.

Verdier, de l'Académie de chirurgie, a signalé cette conséquence redoutable de la section seule de l'épiploon; Morand ne s'y décida une fois que parce que la portion herniée était très petite; et M. Bégin cite, d'après Manget, un cas de section simple devenue mortelle par hémorrhagie interne et péritonite.

Il importe donc, si l'excision seule semble devoir être pratiquée, dans le cas, par exemple, où la gangrène est bornée à la portion herniée, il importe de faire agir le bistouri ou les ciseaux sur les limites justes, près de la plaie et sans toucher au vif, afin d'éviter l'hémorrhagie. La portion d'escarre s'exfolie, et le pédicule sain doit rentrer spontanément. L'excision, pratiquée de cette manière, sera sans inconvénient, si surtout des adhérences se sont déjà formées au pourtour interne de la plaie.

Mais il serait fort difficile de s'assurer si ces adhérences sont définitives et même assez fermes, pour ne pas exposer la portion

retranchée à rentrer spontanément et à fournir une hémorrhagie consécutive.

Un procédé plus sûr, si on se décidait à exciser l'épiploon, ce serait de combiner ce moyen avec la ligature, ainsi, du reste, que cela s'est fait souvent. Ambroise Paré dit, à propos toujours de la hernie traumatique de l'épiploon (1) : « S'il est putréfié, » il faut faire la ligature au-dessus de la partie putréfiée, l'ex- » ciser et réduire. » Verdier est plus explicite encore en s'exprimant ainsi : « C'est une maxime assez généralement reçue en » chirurgie, que, dans les cas où l'on est obligé de retrancher une » partie de l'épiploon, il ne faut pas le réduire, sans y avoir fait » auparavant une ou plusieurs ligatures, afin de garantir le » blessé d'une dangereuse hémorrhagie. » On a même préconisé cette méthode combinée de la ligature et de l'excision, dans le but de prévenir à la fois l'hémorrhagie et l'extension de la gangrène dans le bas-ventre.

Mais nous nous sommes expliqué déjà sur les inconvénients de la ligature pratiquée exclusivement, et nous croyons inutile de démontrer qu'elle aurait au moins des chances aussi défavorables, en y joignant celles de l'excision.

Il n'en serait pas tout-à-fait de même cependant, si, dans ces cas-là, on pratiquait la ligature, non plus en masse, mais isolément, si, par exemple, au lieu de comprendre dans l'anse de fil toute l'épaisseur du pédicule de l'épiploon, on cherchait à étaler préalablement celui-ci, et si on faisait l'excision, non pas d'un seul coup, mais à petits traits de bistouri, pour lier ensuite un à un tous les vaisseaux ouverts. La torsion pourrait suppléer cette ligature partielle.

M. Velpeau, d'après Arnaud, J.-L. Petit, Pouteau, etc., reconnaît que la constriction de l'épiploon par une seule ligature est ordinairement suivie d'accidents graves, « d'où il résulte, » dit-il, « que chacune de ses artérioles doit être liée separément,

(1) *Œuvres complètes*, publiées par J.-F. Malgaigne. Paris, 1840, 3 vol. in-8.

» ou bien qu'il faut le retenir dans la plaie, si on n'aime mieux » le lier lui-même par fragments.

Quant à étaler l'épiploon, pour découvrir les vaisseaux, il s'en faut de beaucoup que ce soit ordinairement praticable, tant cette membrane a de tendance à se peletonner au-dehors d'une plaie, et à s'y étrangler par son collet; d'où il suit que la ligature partielle ne saurait être faite sans l'action préalable du bistouri, et par conséquent sans la chance des accidents qui dépendent de cette méthode de traitement.

Attendre, et ne rien faire qu'une médication préventive ou palliative, semble devoir être la conduite chirurgicale la plus sage, la plus rationnelle, toutes les fois que la hernie traumatique de l'épiploon ne présente aucune complication grave.

Pipelet, en multipliant avec Louis les expériences qui démontrent si bien les inconvénients de la ligature, a prouvé encore que si on laissait l'épiploon pendant au dehors sans l'exciser et sans le lier, lors même *qu'il était manié rudement,* avant sa réduction dans le ventre, il ne survenait aucun accident. Verdier conseille d'abandonner à elles-mêmes les petites portions d'épiploon, dans la certitude que le resserrement de la plaie fera l'office de ligature, et que la portion d'épiploon, après s'être desséchée, se détachera. Telle est aussi l'opinion de Simon, de Hévin et de quelques autres anciens chirurgiens.

Le premier point de ce principe nous semble tout-à-fait d'accord avec l'expérience, savoir qu'en abandonnant l'épiploon au-dehors de la plaie, celui-ci, en se resserrant, pourra faire l'office de la ligature; mais le second point, c'est-à-dire l'élimination de la partie resserrée, n'est pas indispensable, à beaucoup près, pour la guérison, qui peut très bien s'opérer par la réduction consécutive ou spontanée. On l'a même vue s'effectuer sans accidents, dans des cas où une portion d'épiploon semblait assez malade pour devoir être retranchée.

Il y a plus, c'est que si la gangrène a franchi l'ouverture, et

gagné vers les viscères à une profondeur tout-à-fait inappréciable, il n'y a rien à faire de mieux qu'une simple médication de symptômes, toute palliative : c'est encore l'expectation. Quant à la pratique ancienne de tirer au-dehors de la plaie l'épiploon mortifié, pour découvrir la partie saine, c'est une pratique vicieuse et généralement réprouvée depuis Pipelet.

L'expectation indiquée ainsi, non seulement dans les cas simples d'épiplocèle traumatique, mais encore dans certains cas compliqués de gangrène, n'est pas moins rationnelle dans ceux qui se compliqueraient d'hémorrhagies par la section. Et les dangers de toute opération de ce genre, nous croyons les avoir suffisamment exposés, sans y insister davantage : « Ils doivent engager à attendre plutôt les efforts de la nature. » Ces paroles écrites de Boyer peuvent nous servir de conclusion dans l'examen des différentes méthodes de traitement applicables aux plaies pénétrantes de l'abdomen avec issue de l'épiploon.

Restent maintenant quelques considérations à établir sur les soins secondaires, et cependant essentiels, pour assurer l'efficacité de la méthode expectante. On me permettra, j'espère, d'invoquer ici la grande autorité pratique de mon père, qui me semble seul avoir bien démontré le mode de réduction consécutive de l'épiploon sous l'influence de cette méthode, en faveur de laquelle il se prononce formellement.

Que convient-il de faire? Envelopper d'abord la portion épiploïque d'un linge imbibé d'huile, ou mieux d'une compresse fenêtrée enduite de cérat, pour garantir cette membrane du contact de l'air, et pour empêcher son adhérence au pourtour de la plaie. Un plumasseau de charpie fine, une ou deux compresses et un bandage de corps, pour soutenir le tout sans constriction, complètent l'appareil. Si l'épiploon est tuméfié, rouge et douloureux, un cataplasme entre deux linges sera appliqué; on ferait même, au besoin, une saignée locale au pourtour de la plaie, si son inflammation devenait trop vive. Les sangsues valent moins, à cet effet, que les ventouses scarifiées, qui peuvent, en outre, favoriser la réduction spontanée

de l'épiploon. L'efficacité de cette saignée locale ne serait pas aussi sûre s'il survenait des accidents inflammatoires internes plus étendus, tels qu'une péritonite; la saignée générale, un grand bain, des fomentations émollientes sur le ventre, et quelques demi-lavements simples seraient alors la médication convenable et même préventive de ces accidents. L'embarras du ventre, les coliques, la constipation, réclament les moyens ordinaires en pareil cas, tels que purgatifs légers, etc. La diète, d'abord sévère, permettra bientôt une alimentation légère et de facile digestion; il convient même d'augmenter peu à peu la quantité de cette nourriture, afin de développer l'estomac sans le surcharger, et lui donner ainsi assez d'amplitude pour prévenir ou faire cesser les tractions douloureuses de cet organe par l'épiploon.

Un moyen bien simple et essentiel de favoriser cet effet des aliments, c'est la position relative qu'il convient de donner au blessé : ainsi le coucher sur un plan déclive qui permette au tronc de s'incliner un peu en avant et sur le côté correspondant à la plaie, en même temps que les cuisses sont fléchies sur le ventre. Mais cette position ne convient pas indéfiniment, et dans certains cas, assez rares il est vrai, elle pourrait, en favorisant des adhérences internes, déterminer des accidents consécutifs analogues à ceux qu'elle avait prévenus, lorsque le tronc devait reprendre sa rectitude naturelle. De là, par exemple, des tiraillements dans le ventre après les repas ou pendant le travail de la digestion, et la nécessité de reprendre la position inclinée pour calmer ces douleurs, ainsi que Dupuytren en a fait l'observation. Il faut donc peu à peu favoriser les mouvements de totalité du corps, comme ses mouvements partiels, en même temps que les accidents primitifs de l'épiploon de l'épiplocèle traumatique se dissipent ou se simplifient.

Les symptômes locaux d'inflammation paraissent en général augmenter plutôt que diminuer pendant les premiers jours; l'épiploon devient plus rouge, plus foncé, plus saillant, plus dur et plus sensible, parce qu'il est plus resserré par les lèvres

de la plaie qui elle-même tend à s'enflammer; mais attendez encore, et cette période de symptômes aigus ou période d'inflammation va disparaître pour faire place à un état stationnaire qui peut se prolonger jusqu'au vingtième ou vingt-cinquième jour. C'est pendant cette période que la suppuration bien établie lève naturellement l'étranglement de la plaie, dégorge l'épiploon et le place dans les conditions nécessaires à sa réduction consécutive. Attendez toujours. Bientôt effectivement la plaie s'est détergée, le pus est moins abondant sur ses bords et à la surface de l'épiploon, qui perd peu à peu de son volume, de sa rougeur et de sa sensibilité. (Il est rare que ce dernier signe persiste jusqu'à la fin, comme chez le sujet de notre observation.) La réduction de la tumeur semble se faire alors de la circonférence vers le centre, en même temps que sa racine ou son pédicule éprouve une sorte de retrait vers l'intérieur de l'abdomen. Ce serait la troisième période ou période de réduction. Celle ci s'opère ensuite avec plus ou moins de rapidité, par un mouvement systaltique de rétropulsion, selon la situation de la plaie et la masse d'épiploon hernié, selon aussi l'âge et la constitution individuelle, ainsi que l'application des principes de la méthode expectante.

Si cependant la réduction spontanée ou graduelle est trop lente à se faire, on peut l'aider par des moyens directs, tels que la cautérisation légère du bourrelet épiploïque, pratiquée à plusieurs reprises, soit avec le nitrate d'argent, soit même avec le cautère actuel.

C'est alors que l'on peut bien constater la sensibilité des membranes adipeuses exposées au contact de l'air, et elle n'est jamais assez prononcée, du reste, pour contre-indiquer l'emploi de cette cautérisation.

Un autre moyen qui peut seconder parfaitement les effets de celui-là, c'est une compression méthodique exercée avec des compresses immédiates ou graduées, et un bandage de corps.

Sous l'influence combinée de ces deux agents, l'épiploon ne

tarde pas à s'affaisser tout-à-fait et à se niveler à la plaie. Quant à la séparation consécutive de l'épiploon, elle ne peut survenir spontanément, sans gangrène, et celle-ci se trouvant limitée au pourtour de la plaie, ne l'expose pas, à beaucoup près, aux complications de la gangrène primitive. Des adhérences ont eu tout le temps de se former; et faibles d'abord, au point de pouvoir se détruire par le travail de réduction spontanée, elles deviennent ensuite très fortes, lorsque cette réduction est complétement opérée. Leur solidarité est telle, comme l'a fait observer Delpech, qu'elles ne sauraient être détruites consécutivement. Il y a peut-être exagération à cet égard de la part du célèbre chirurgien de Montpellier, car on a cité des exemples de ruptures consécutives de ces adhérences internes, et de cessation immédiate des accidents qui leur étaient dus.

L'épiploon, à peine nivelé à la plaie, tend à s'y enfoncer davantage, comme un bouchon, à mesure que celle-ci se resserre, se contracte et se cicatrise enfin d'une manière si solide, qu'elle n'est plus exposée à se rompre, et forme dans ce point un obstacle mécanique à la production ultérieure des hernies, non seulement de l'épiploon, mais même de l'intestin.

Telles sont les considérations chirurgicales qui m'ont été suggérées par l'étude des différents faits consignés dans la science, et plus spécialement par celui qui nous est propre. Puissent-elles servir à démontrer qu'en chirurgie, on peut rationnellement et salutairement faire autre chose que de couper, lier, retrancher, détruire enfin: c'est d'attendre à propos, et de seconder par les plus simples ressources de l'art les efforts si puissants de la nature.

FIN DU TOME ONZIÈME.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME ONZIÈME.

Liste des Membres de l'Académie royale de Médecine. . . 1

PREMIÈRE PARTIE. — HISTORIQUE.

Éloge de F.-J. Double, par M. BOUSQUET. I
Éloge de M. Bourdois de La Motte, par M. PARISET. . . . XXI
Éloge de J.-E.-D. Esquirol, par M. PARISET. XXXIII
Des progrès récents de la médecine en France, comparés à ceux de la chirurgie, par M. F. DUBOIS (d'Amiens). . . LXXI

DEUXIÈME PARTIE. — MÉMOIRES.

Mémoire sur l'urétroplastie, par M. SÉGALAS (avec une planche). 1
Mémoires sur les deux maladies connues sous le nom d'apoplexie méningée, par le docteur R. PRUS. 18

Comparaison de l'hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde et de l'hémorrhagie dans la cavité sous-arachnoïdienne. 18
Description de l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne. 39
De l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne. 44

Mémoire sur l'œdème de la glotte, par F.-L.-I. VALLEIX, (Mémoire couronné dans la séance du 12 décembre 1843) 82

ARTICLE Ier Historique. 84
— II. Lésions anatomiques. 89
— III. Causes. 120
— IV. Symptômes. 135
— V. Marche de la maladie. 153
— VI. Terminaison et durée de la maladie. 157
— VII. Diagnostic. 162
— VIII. Pronostic. 172
— IX. Traitement. 174

Mémoire sur l'influence de l'hérédité, sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent et des moyens de les guérir, par M. E. Gintrac. . . . 193

Considérations générales sur l'hérédité pathologique. 194
Aperçu sommaire sur la surexcitation nerveuse. 202
De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse. . 216
De l'influence de l'hérédité sur la production des maladies qui résultent de la surexcitation nerveuse. 239
Névropathie 240

Névralgies. 252
État ataxique aigu 253
Apoplexie nerveuse 263
Manie 268
Monomanie. 284
Chorémanie. 296
Somnambulisme 303
Catalepsie 305
Chorée. 305
Convulsions 307
Convulsions et trismus des nouveaux-nés 311
Tétanos. 313
Épilepsie 314
Maladies de l'appareil circulatoire qui dépendent de la surexcitation nerveuse. . 322
Maladies de l'appareil respiratoire qui dépendent de la surexcitation nerveuse. . 323
Maladies de l'appareil digestif qui dépendent de la surexcitation nerveuse. . . 325
Hypochondrie. 328
Hystérie. 335
Propositions déduites des considérations et des faits relatifs à l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, et des maladies qui en résultent 339
Des moyens de guérir les maladies qui résultent de la surexcitation nerveuse 342

De la nature et du développement des produits accidentels, par M. le docteur Ch. BARON 383

Considérations générales. 383
De la matière encéphaloïde. 400
Du cancer gélatiniforme. 416
Notes sur les hydatides du poumon et sur l'apoplexie pulmonaire. 421
De la mélanose. 454

Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés, par M. BRIERRE DE BOISMONT. 477

Première partie. — Observations. 478
Deuxième partie. 539

Observations de grossesse extra-utérine interstitielle, par M. le docteur PAYAN. 596

Exposé sommaire d'expériences faites sur les animaux, dans le but de constater si la sécrétion urinaire est supprimée dans l'empoisonnement aigu et suraigu par l'acide arsénieux, par **M. O. DELAFOND.** . . 608

Mémoire sur les plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées d'issue de l'épiploon, par M. Hipp. LARREY. . . 664

FIN DE LA TABLE DU TOME ONZIÈME.